

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais

Mestrado em Comunicação Organizacional: Cidadania, Confiança e
Responsabilidade Social

A Saúde da Confiança

**Estudo exploratório sobre a perceção da confiança
nos prestadores de cuidados de saúde.**

Inês Mafalda Correia Duarte

Coimbra, 2018

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Inês Mafalda Correia Duarte

A Saúde da Confiança

Estudo exploratório sobre a perceção da confiança nos prestadores de cuidados de saúde.

Dissertação de Mestrado em Comunicação Organizacional: Cidadania, Confiança e
Responsabilidade Social, apresentada ao
Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais da
Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves

Arguente: Prof. Doutora Alda Dulce Pereira de Sousa Matos

Orientador: Prof. Doutor José Pedro Cerdeira Coelho e Silva

Fevereiro de 2018

*À minha família adquirida e
à minha família construída,
a minha maior confiança do que sou e do que serei.*

“Sucesso é conseguir o que se quer e
felicidade é gostar do que se conseguiu”, Dale Carnegie.

Agradecimentos

Esta página é minha. Esta página é onde me exponho, onde não cito autores nem coloco frases entre aspas. Aqui vou-me lembrar de alguns e vou-me esquecer de me lembrar de muitos.

Esta página deveria ser formal. Mas os meus agradecimentos não são formais. São sentidos.

Deveria começar por agradecer ao meu incansável orientador. Ao Prof. Doutor José Pedro Silva. Mas vou começar pela minha mãe. Tenho a certeza que o Prof. José Pedro compreende.

Então aqui vai.

Agradeço à minha mãe. Sobretudo por ter embarcado nesta experiência comigo. Por me ter dado o privilégio de ser sua “colega de carteira”. Por me ter abraçado quando sentia vontade de me abraçar. Por ter contrariado o seu corpo, por ter trocado os seus sonos e por trabalhar ao ritmo do meu relógio. Agradeço à minha mãe por me ter feito perceber que mesmo nas maiores adversidades e mesmo que as perdas sejam maiores do que as conquistas, que devemos terminar tudo a que nos propomos e terminar com êxito, tal como a minha mãe fez.

Agora sim, agradeço ao Prof. José Pedro Silva. Pela paciência, pela perseverança mas sobretudo pela orientação mesmo quando eu me sentia desorientada. Obrigada por me ter dado o meu tempo com o meu Rodrigo, sem pressões e preocupações. Obrigada por nunca ter desistido de mim.

Ao Edgar. Pela (muita) compreensão. Por me ter puxado as orelhas quando mereci. Por me agitar quando precisei. Por dormir sem mim sem se queixar. Por ter aceitado a minha condição de estudante. Por sempre me dizer “Tu consegues”, nem que o diga com o olhar. Ao Edgar que iniciou esta jornada comigo como meu namorado e que a termina como meu marido.

Ao meu pai, por me dar aquele impulso que não gostamos de ouvir mas que sabemos que é tão acertado... Ao meu pai agradeço a preocupação constante e o apoio incondicional.

À minha irmã. Agradeço as palavras de incentivo, o companheirismo. Embora o nosso ponto de partida seja diferente, o nosso destino é o mesmo. Obrigada pelo carinho silencioso e obrigada por seres tão igual a mim de uma forma tão diferente.

Ao ISEC e a todos os que dele fazem parte agradeço a participação e envolvimento em todos os momentos em que o solicitei. Ao ISEC e a todos os que dele fazem parte agradeço o fato de me terem sempre deixado voar.

A todos os Professores que me ensinaram algo e que de alguma forma contribuíram para este trabalho final, obrigada.

A todos os que de alguma forma fizeram parte desta fase da minha vida. Agradeço. Agradeço e trago um pouco de cada um comigo. As palavras, os sorrisos, os ensinamentos, os incentivos...

Por último, mas com toda a certeza não menos importante, agradeço ao Rodrigo. Ao meu filho, o meu grande amor e a parte melhor de mim. Obrigada por me teres feito perceber que tudo tem outro sentido quando o nosso coração está tão cheio de amor. Ao Rodrigo agradeço o título mais especial, aquele que nem com dissertações se alcança: o título de Mãe.

A Saúde da Confiança: Estudo exploratório sobre a perceção da confiança nos prestadores de cuidados de saúde.

RESUMO

A confiança, quer nas relações pessoais quer nas relações profissionais, é um ingrediente essencial para a determinação dos comportamentos. A literatura académica apresenta inúmeras definições para este conceito e salienta que este é um fator que exige alguma dinâmica e adaptação entre as partes envolvidas numa interação. É um tema de abordagem sensível, muitas vezes essencial à perduração dos relacionamentos interpessoais. Na saúde, este conceito pode revelar-se vital para compreender a interação entre os utentes de cuidados e os prestadores de cuidados de saúde. Considerando a atualidade socioeconómica de Portugal e considerando a importância que a saúde tem para o bem-estar dos indivíduos, este trabalho de investigação procura avaliar a importância da confiança dos indivíduos nos serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde e pelos Médicos de Família. Trata-se de um estudo exploratório, suportado numa metodologia quantitativa através da aplicação de um inquérito por questionário onde os resultados obtidos poderão contribuir para a sugestão de medidas que estimulem, incrementem e aumentem a “saúde da confiança”.

Palavras-chave: Confiança, Satisfação, Médico Família, Saúde, Serviço Nacional de Saúde.

Trust's Health: Exploratory study on the perception of trust in health care providers.

ABSTRACT

Whether in personal relationships or in business relationships, trust is an essential bond for stimulating behaviors. The literature holds numerous definitions for this concept and holds that this is an issue that requires some dynamics and adaptation among parts. It's a sensitive question, often essential to relationships durability. In health, the interaction between this concept, the patient and those who provide health care may prove to be vital. Considering the actual socio-economic Portugal reality and considering the importance that health has to the well-being of people, this dissertation pursues to evaluate people trust in the services provided by the National Health System and the Family Physicians. This study is sustained on a quantitative methodology - questionnaire and the reached results will contribute to the creation of measures to promote and increase "health trust".

Keywords: Trust, Satisfaction, Family Physicians, Health, National Health Service.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	5
1. Importância e objetivo do estudo	7
CAPÍTULO II - O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	11
1. A importância do sistema nacional de saúde português.....	13
2. Serviço Nacional de Saúde	15
2.1 Cuidados de Saúde Primários	18
3. A crise, a reforma e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde	20
CAPÍTULO III – CONFIANÇA	25
1. Confiança: Definições e conceitos	27
2. Construção da Confiança	30
3. Tipos de Confiança	33
3.1 Confiança Interpessoal e Confiança Organizacional	34
3.2 Confiança Institucional	37
3.3 A Confiança na Saúde.....	38
4. Medir a Confiança.....	40
5. Confiança e Saúde: Revisão da literatura.....	41
CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO	47
1. Finalidade e Objetivos do Estudo	49
2. Caracterização da Amostra	50
3. Procedimento Metodológico	53
3.1 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados.....	53
4. Análise dos Dados.....	56
4.1 Estatísticas Descritivas	57
4.2 Testes <i>t</i> de <i>Student</i>	62
4.3 Análises Correlacionais	64
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES	73
5.1 Conclusões	75
5.2 Limitações e Sugestões	78
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS.....	91

Índice de Figuras

Figura 1- Administrações Regionais de Saúde portuguesas.....	17
Figura 2 - Modelo Integrado da Confiança de Mayer et al. (1995).....	32
Figura 3 - Esperança de vida à nascença: total e por sexo	93
Figura 4 - Óbitos infantis de mães residentes em Portugal: perinatais e neonatais.....	93
Figura 5 - SNS: consultas, internamentos e urgências por mil habitantes	113

Índice de Quadros

Quadro 1 - Definições de Confiança Interpessoal e Confiança Organizacional citados a partir de Ianaguivara (2011) e Batista (2010)	36
Quadro 2 - Caraterização da Amostra	52
Quadro 3 - Escalas de Confiança e Desconfiança Disposicional	57
Quadro 4 - Escalas de Confiança e Desconfiança no Médico de Família	59
Quadro 5 - Escala de Satisfação com o Médico de Família	61
Quadro 6 - Escala Confiança no Serviço Nacional de Saúde.....	62
Quadro 7 - Confiança no Médico de Família Vs consulta de outros serviços de saúde nos últimos 12 meses	63
Quadro 8 - Desvio padrão questões de investigação.	64
Quadro 9 - Correlação de Pearson entre as escalas de avaliação	66
Quadro 10 - Valores das correlações de <i>Pearson</i> entre as escalas de avaliação da Confiança e da Desconfiança e as questões de investigação.....	70
Quadro 11 - Correlações de <i>Pearson</i> entre as questões de investigação e as Escalas de Confiança e Desconfiança no MF e no SNS	72

Índice de Tabelas

Tabela 1- Escala adaptada para questionário - Confiança Disposicional	119
Tabela 2 - Escala adaptada para questionário – Confiança no Médico de Família	119
Tabela 3 - Escala adaptada para questionário: Satisfação Médico Família.....	120
Tabela 4 - Escala adaptada para questionário: Confiança no Serviço Nacional de Saúde ...	120

Índice de Anexos

ANEXO 1	93
ANEXO 2	95
ANEXO 3	103
ANEXO 4	111
ANEXO 5	113
ANEXO 6	115
ANEXO 7	117
ANEXO 8	119

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administrações Regionais de Saúde

CAIC - Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica

CEE - Comunidade Económica Europeia

CS – Centro de Saúde

CSC - Cuidados de Saúde Continuados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MF – Médico de Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS– Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Portugal nos últimos anos sofreu inúmeras e profundas mudanças que se traduziram em significativas alterações económicas, sociais e culturais, conduzindo a uma necessidade de adaptação e reestruturação em muitos sentidos e para muitos.

A situação socioeconómica vivida recentemente pelo país fez-se sentir em inúmeras vertentes do quotidiano dos portugueses. O contexto em que se vive é completamente diferente daquele em que se viveu no passado. A crise afetou a vida dos indivíduos, das organizações. A crise afetou a vida de um país.

Desde a entrada para a União Europeia que Portugal sente os efeitos da crise e desde essa altura que reúne todos os esforços para conseguir ultrapassá-la.

“As mudanças profundas que Portugal sofreu no último quarto de século acarretaram grandes transformações sociais, políticas, económicas e culturais, que, inevitavelmente, têm vindo a afetar as empresas e a sua gestão ao longo destes anos. O esforço para manter um ritmo de crescimento que estreite o fosso e nos aproxime dos parceiros europeus tem sido grande e remete-nos para as questões associadas ao desempenho das empresas, à sua competitividade e sobrevivência” (Felicio, 2007, p.17).

Os efeitos da crise fazem-se sentir nos diversos setores de atividade e manifestam-se de diversas formas. Direta ou indiretamente, a curto ou a longo prazo, reversível ou irreversivelmente a crise afeta todos, ou pelo menos quase todos (Antunes, 2015). A sua dimensão é tão vasta que se faz sentir em setores tão específicos como a saúde.

A cada ano que passa, a ânsia de suprir as constantes necessidades e o constante aumento de despesas, resulta num esforço financeiro para o Estado, onde se verifica, cada vez mais, a necessidade de gerar receita para cobrir as despesas com a saúde (Eira, 2010).

A crise fez-se sentir também nos diversos setores de atividade em Portugal. Fez-se sentir na economia, na cultura, na agricultura, na educação e na saúde. Paulo

Macedo, em 2013 aquando ministro da Saúde, afirma que a crise vivida em Portugal tem um “impacto real na saúde”.

Pelas palavras de Antunes (2015, p. 268), “as crises económicas produzem impactos particularmente gravosos na saúde física e mental das populações. Na realidade o declínio da atividade económica associa-se habitualmente a uma sequência de fenómenos como o aumento do desemprego, da exclusão social e da pobreza assim como à diminuição do investimento em serviços públicos de saúde e de proteção social por parte dos estados, que acabam por se constituir em fatores de risco de adoecer”.

Historicamente, e como afirma Lundasen (2002, p.304), “a variável ‘confiança’ ganhou ultimamente largo uso nas pesquisas em ciências sociais e poucos conceitos parecem ter atraído tanta atenção de uma ampla variedade de disciplinas académicas. Na ciência política. Nas teorias sobre capital social e cultura política, enfatizando a sua importância para a democracia, a confiança tem sido considerada uma variável essencial para a compreensão das sociedades”, contudo e neste contexto específico, a confiança pode-se tornar vital para a sobrevivência de quem usufrui destes serviços.

O contexto vivido leva-nos a (re)avaliar diversas determinantes que levam à falta de cuidados de saúde e à falta de confiança nos profissionais que prestam esses cuidados. Para que esta relação entre os utentes e os prestadores de cuidados seja preservada e sustentada é essencial perceber o grau de confiança que os utentes depositam nos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos profissionais que prestam esse serviço, nomeadamente os Médicos de Família.

“O Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi implementado no ano de 1976 em Portugal e declarado, mais tarde, pela Constituição da República Portuguesa como um serviço que deveria agir “enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde” sendo que o seu acesso seria “garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”, estabelecendo assim, através do financiamento do Estado, a possibilidade dos cidadãos usufruírem do direito à saúde de forma universal e gratuita, independentemente das suas capacidades económicas. O

SNS é assim, um poderoso veículo do Estado Português para assegurar a saúde da população, tornando-se num sistema que, independentemente dos seus custos, é uma mais-valia para todos os cidadãos” (Marques, 2013, p. 1).

As relações de confiança são relações de difícil definição e que exigem algum investimento e dedicação, contudo são a base dos relacionamentos e determinam a sua duração, sejam eles de âmbito pessoal ou profissional. Sem confiança as relações, quer sejam interpessoais ou com as instituições/organizações dificilmente perdurarão. E quando falamos de áreas tão delicadas como a área da saúde esta é uma ótica que merece toda a atenção e dedicação. Citando Almeida (2010, p.80), “alguns autores consideram que uma vez supridas as necessidades básicas em saúde (relacionadas com as condições de vida, nutrição e intervenções em saúde pública – facto verificado na generalidade dos países e regiões mais desenvolvidos), os cuidados médicos tornam-se o principal determinante da esperança de vida, sendo seu impacto substancialmente maior do que o ambiente social ou os estilos de vida”.

Um maior grau de confiança pode significar menos gastos, mas pode sobretudo significar uma maior e melhor qualidade de vida para o país e para os que dele fazem parte. A gestão de orçamento é essencial para a sobrevivência, mas a gestão de pessoas e dos sentimentos das pessoas é vital para o desenvolvimento de um país. Esta questão é salientada pela jornalista Alexandra Campos (2017) que afirma “nas próximas décadas, devido ao acelerado envelhecimento e inovação tecnológica, Portugal será um dos países onde as despesas com saúde mais crescerão, 2.5 pontos percentuais do PIB (Produto Interno Bruto) contra 0.9, na média europeia. O que, conjugado com o previsível débil crescimento económico, ameaça pôr em risco a sustentabilidade do sistema de saúde, que inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS). (...). Da lista de recomendações destaca-se a continuação na aposta nos cuidados de saúde primários, aumentando o número e melhorando a distribuição dos médicos de família e dos enfermeiros (nestes dois indicadores estamos bem abaixo da média da União Europeia) e alargando os horários dos centros de saúde de forma a diminuir a pressão sobre os hospitais.

Os especialistas recomendam ainda a aposta assertiva na promoção da saúde e na prevenção”.

É perante o contexto vivido em Portugal e perante a necessidade de prestar uma maior atenção à saúde que este trabalho se foca, procurando explorar o poder heurístico do conceito de confiança para a compreensão da sua importância na organização e nas interações com as organizações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e com médicos enquanto prestadores de cuidados de saúde, na pessoa dos Médicos de Família.

O presente trabalho apresenta-se estruturado de acordo com os modelos clássicos de investigação científica, dividindo-se em cinco capítulos.

No Capítulo I procede-se à Fundamentação do Estudo através do esclarecimento da importância e objetivo do estudo.

O capítulo seguinte é dedicado à apresentação do Serviço Nacional de Saúde e à contextualização da atual situação de Portugal. Aqui destacaremos a importância deste sistema de saúde para os portugueses, bem como a forma como este foi afetado pela maior crise financeira sentida em Portugal desde a sua entrada para a União Europeia. Este capítulo remete-nos para uma contextualização generalizada da temática desenvolvida nesta dissertação, contribuindo para a fundamentação da sua importância enquanto estudo académico.

O Capítulo III foca-se na revisão da literatura e na problemática sobre a qual versa esta dissertação: confiança. Aqui este tema é explorado com mais precisão. São apresentadas diversas definições e conceitos, bem como as bases da construção e de mensuração da perceção da confiança e os diversos tipos.

O Capítulo IV aborda especificamente o estudo desenvolvido. Este capítulo encontra-se, igualmente, dividido por partes, onde num primeiro momento se expõe a Finalidade e Objetivos do Estudo, prosseguindo-se a caracterização da amostra e a exposição do Procedimento Metodológico, enfatizando-se o Procedimento e Instrumento escolhidos para a recolha de dados. Por último, neste capítulo, procede-se à análise dos dados recolhidos.

Por último apresentam-se as análises estatísticas dos dados recolhidos e as respetivas conclusões. Apresentam-se, finalmente, algumas limitações do estudo, bem como se propõem algumas reflexões e sugestões para estudos futuros.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

1. Importância e objetivo do estudo

Esta dissertação é relevante para a comunidade científica na medida em que a confiança é fundamental para o desenvolvimento e sucesso de qualquer relacionamento, seja ele pessoal ou profissional. No mundo organizacional a confiança entre as partes pode-se tornar vital quer para aqueles que adquirem o serviço quer para aqueles que o proporcionam. Autores como Finuras, Luhmann, Barber, Hardin e Giddens encaminham-nos para a percepção da confiança como uma problemática das sociedades contemporâneas e salientam que esta está na base quer das relações interpessoais quer das relações organizacionais.

A literatura direciona-nos constantemente para a ideia de que há uma crescente necessidade de os indivíduos se adaptarem às instituições e das instituições se adaptarem a eles também. Apoiado em vários estudiosos¹, Costa (2002, p.209) afirma que “a crescente necessidade de colaboração entre indivíduos, núcleos, departamentos, ou mesmo entre empresas, veio dar uma nova ênfase às dinâmicas das relações interpessoais e organizacionais, sendo a confiança um factor-chave nestas dinâmicas”.

Já os autores Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso (2007, p. 298) salientam o papel positivo das relações de confiança na determinação dos resultados positivos desejados. Havendo confiança, os indivíduos sentem-se comprometidos com os processos de cooperação para a realização de objetivos comuns. Pelo contrário, quando esta não existe os procedimentos passam a ser questionados e os resultados são colocados em causa. “É a confiança nos procedimentos e nas interações justas que cria nos indivíduos a percepção de que são membros respeitados e dignamente considerados independentemente dos resultados. Quando essa confiança não existe, os níveis de satisfação, de auto-estima e de auto-identidade baixam, e a relação com colectivo é redefinida em termos transaccionais: são os resultados que passam a determinar as reacções” (Cunha *et al.*, 2007, p.298).

¹ Por exemplo, Costa (2002) cita os estudos de McAllister (1995), Mayer *et al.* (1995), Lewicki e Bunker (1995).

Embora este seja um conceito cuja definição não é consensual nem uniforme, a confiança é determinada pelas mais diversas variáveis sejam elas sociais, culturais, religiosas, entre outras. Finuras (2013, p.17) reitera esta confusão e ambiguidade na definição que apresenta do conceito.

“Shapiro (1992), um dos muitos teóricos de referência neste domínio, refere que persiste ainda muita confusão e ambiguidade acerca do conceito e, por isso, cada autor propõe uma definição, misturando, por vezes conceitos e noções diferentes como risco, incerteza, fiabilidade, fé, crédito, competência, vulnerabilidade, interesses, sinceridade, segurança e crença, entre outros” (Finuras, 2013, p.17).

A literatura dedicada ao tema leva-nos ainda a crer que independentemente do nível a que ela se evidencia (individual, organizacional, social ou institucional) a confiança propícia a coesão social, a existência da sociedade bem como o funcionamento, o desenvolvimento e a união das instituições. É igualmente entendida como condição inerente à nossa existência e sobrevivência. Muitas das vezes, a única opção que nos resta é confiar (Finuras, 2013).

Sendo a confiança considerada como uma forma de nos retirar de um estado de incerteza, de definir e pressagiar um futuro possível, de aumentar a previsibilidade, de fomentar as hipóteses de sobrevivência e adaptação, de baixar custos e de uma forma geral elevar a velocidade dos acontecimentos². É também uma variável importante para a determinação de vários comportamentos e atitudes, sobretudo na área da saúde.

Neste sentido, podemos assumir como objetivo geral na orientação deste estudo que a construção de uma relação de confiança entre os indivíduos e a instituição do Serviço Nacional de Saúde é determinante para a avaliação da qualidade dos serviços prestados pela instituição aos seus utentes, assim como podemos assumir também, num plano mais concreto, que a construção de uma relação de confiança interpessoal

² Vejam-se, por exemplo os estudos citados por Fineuras (2013, p. 25): Nooteboom (2002) Simmel (1950), Kieron O'Hara (2004), Luhmann (2000) Tomasello (2009) Williamson (1993), Fukuyama (1995).

entre as pessoas e os seus Médicos de Família é relevante para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados.

A consideração desta problemática é tão importante como delicada, uma vez que as questões da qualidade dos serviços de saúde são relevantes para todas as pessoas. Direta ou indiretamente todos os cidadãos usufruem dos serviços de saúde, pelo que, nesse sentido, é imprescindível analisar o modo como as pessoas avaliam a confiança no prestador de cuidados/serviços médicos mais concreto (Médico de Família) e mais abstrato (Serviço Nacional de Saúde). “A confiança tem sido recorrentemente considerada a pedra basilar das relações entre médico e paciente. A necessidade da existência de uma relação interpessoal de confiança deve-se à associação do sentimento de vulnerabilidade ao estar doente, as assimetrias de informação decorrentes do conhecimento médico, a incerteza e o risco no que diz respeito à competência e às intenções do profissional de quem o paciente depende” (Rowe & Calnan, 2006, p. 4).

O acesso à saúde embora se encontre legislado, nos dias de hoje, é ainda para muitos uma relação limitada ou lacunar, já que nem todas as pessoas têm um Médico de Família atribuído e, quando o têm, nem sempre o procuram quando é necessário, recorrendo, por exemplo, aos serviços de urgência dos hospitais. Haver acesso há, já que é um direito vinculado, legislado e atribuído à nascença, com certeza. Mas é também um direito cujo gozo exige um investimento contínuo de todas as partes envolvidas. Como tal e para tal, “o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Ao direito à proteção da saúde assegurado pelo SNS corresponde o dever, que a todos incumbe, de a defender e promover, nos termos da Constituição” (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Este trabalho pretende, assim, analisar a importância da consideração do conceito de confiança para o estudo da relação das pessoas com os serviços de saúde, concretamente no que respeita à avaliação do modo como o grau de confiança que os indivíduos têm no Serviço Nacional de Saúde e nos Médicos de Família influencia a

relação com os prestadores de cuidados de saúde e o modo como é avaliada a qualidade dos serviços de saúde prestados. Neste sentido, um dos objetivos deste trabalho é o de avaliar, por um lado, em que medida a variável confiança está ou não associada ao modo como as pessoas se relacionam no geral com a instituição Serviço Nacional de Saúde e no concreto com o Médico de Família e, por outro, o do quanto esta variável poderá ou não associar-se à forma como essa relação se concretiza em comportamentos específicos.

A literatura diz-nos que a confiança dos Portugueses nas instituições foi abalada pela crise e que por essa razão precisa de ser sarada. Portugal tem vindo a sentir os resultados de uma crise que nos afeta desde a entrada para a União Europeia. Afeta socialmente, politicamente e sobretudo financeiramente.

Sendo o SNS um serviço público e dependente de financiamento do estado português, também ele é lesado pela crise. E quando afirmamos “ele” referimo-nos ao Serviço prestado mas também a todos os que dele fazem parte (utentes, médicos técnicos de saúde, colaboradores, empresas e organizações associadas, etc.).

Torna-se, assim, vital perceber que é da maior relevância entender o grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde, na medida em que esses dados nos levarão a entender qual a relação dos cidadãos e qual a sua perceção da performance deste serviço (Marques, 2013).

CAPÍTULO II - O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

1. A importância do sistema nacional de saúde português

“Por muito que se goste de chorar o passado ou preferir o presente, a História demonstra, em traços largos, que o futuro é sempre melhor para a maioria das pessoas. A sensação do dia-a-dia de estar tudo cada vez pior perde sempre quando é comparada com as condições há apenas um século atrás. Nem é preciso recuar no tempo - basta ver a facilidade com que se morre nos países muito mais pobres do que o nosso, que são muito mais do que metade dos que existem. Nos mais pobres, a expectativa média de vida é igual à nossa há dois séculos atrás” (Miguel Esteves Cardoso, 2011, p. 1 e 2).

Pelas palavras de Pereira (2015, p. 6), “em 2011, Portugal conheceu uma grave crise financeira, ficando a um passo da bancarrota. Em 2015, Portugal conhece uma grave crise económica, social, política e moral, sem ter resolvido a sua crise financeira”.

Também a saúde sente o impacto desta crise. No decorrer dos últimos anos o estado tem vindo a aplicar diversas medidas que visam minimizar o défice da crise mas que têm impacto imediato nos utentes e nos profissionais de saúde, nomeadamente a aplicação de impostos e de taxas moderadoras. O aumento das horas de trabalho levando a que profissionais da saúde tenham de trabalhar mais horas e em condições de trabalho menos benéficas.

“Os lugares, obtidos por concurso no quadro das carreiras médicas, foram substituídos pelos mais diversificados tipos de contratos individuais, diminuindo o vínculo e aumentando a precariedade, passando urgências e consultas a serem asseguradas por empresas pagas à hora ou «à peça».

Tudo isso representou um enorme desperdício de eficácia e de dinheiro, hipotecando a estabilidade das equipas e a prestação assistencial, pondo em causa a formação e investigação clínicas, semeando o caos organizativo.

A introdução de taxas «moderadoras» e da lógica desviante centrada na corrida ao «lucro» nos serviços públicos, sacrificando as prioridades clínicas e assistenciais, foi acompanhada pelo encerramento ou fusão de serviços e unidades hospitalares” (Seabra, 2017, p. 7-9).

Portugal tem um papel muito ativo na dinamização e no debate das questões relacionadas com a saúde³ pública. Em 1948, com a participação de Portugal enquanto cofundador e com o objetivo de estimular o debate sobre esta temática e sobre as suas políticas e sistemas, nasce a OMS - Organização Mundial de Saúde (Graça, 2000, *citado por* Almeida, 2012, p.48).

Esta organização tem como objetivo “construir um futuro melhor e mais saudável para todas as pessoas no mundo. Com sedes em mais de 150 países, os colaboradores da WHO trabalham lado a lado com os governos e outros parceiros de forma a garantir o nível mais alto possível de saúde para todos” (*World Health Organization*, 2016).

Nos últimos anos o sistema nacional de saúde português revelou uma evolução significativa. Numa altura em que a população portuguesa tinha acesso limitado à prestação de serviços de saúde e de forma a fazer face a essas necessidades e carências foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A criação deste serviço e a sua acessibilidade a todos os cidadãos, de uma forma mais extensa e equitativa, contribuiu para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos (Anexo 1).

Pela altura da celebração do 36º aniversário do SNS, o seu principal impulsionador, António Arnaut, afirma numa sincera entrevista: “É uma ideia antiga, uma aspiração profunda do povo português. Porque é que me nasceu a mim essa ideia? Eu conhecia o mundo rural, (...), sou de uma aldeia onde muita gente vivia e morria sem assistência médica (...). Havia um imperativo ético de criação do SNS, porque a saúde na altura era um privilégio de quem a podia pagar (...). Hoje ainda há muitas insuficiências, mas se compararmos os indicadores sanitários de então e hoje vê-se o grande salto qualitativo que representou a criação do SNS e o que ele significa de justiça e coesão social. Ele tem realizado progressos e tem prestado serviços inestimáveis ao povo português. E o povo português gosta do serviço nacional de saúde e compreende que o serviço nacional de saúde é um direito irrenegociável, que

³ “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeições e enfermidades”, definição de saúde apresentada pela OMS - Organização Mundial de Saúde.

faz parte do regime democrático e é como eu já lhe chamei um cravo de abril plantado no chão de Portugal” (Arnaut, 2016).

O Serviço Nacional de Saúde (2017), sobre a sua existência afirma que a comemoração do 38^a aniversário deste serviço veio reafirmar “o compromisso do XXI Governo Constitucional com a promoção da saúde e a prevenção da doença, a par do acesso universal à saúde pública, da redução das desigualdades entre cidadãos e do reforço da eficiência e da qualidade dos serviços prestados.

Com a criação do SNS, assegurou-se a todos os cidadãos o acesso universal e gratuito a cuidados de saúde. Hoje, passados quase 40 anos, reconhecemos que este é responsável pela posição de relevo assumida pelo País, no contexto internacional, designadamente pela acentuada diminuição das taxas de mortalidade e de morbilidade e pelo aumento da esperança e da qualidade de vida da população”.

2. Serviço Nacional de Saúde

O SNS é um serviço complexo que se rege por determinantes como envolver todos os cuidados integrados de saúde através da promoção e vigilância, através da prevenção da doença, da promoção do diagnóstico e do tratamento dos utentes. Este sistema tem autonomia administrativa e financeira e junto dos demais parceiros procura investir na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (Amendoeira, 2009).

É a estrutura que proporciona a prestação de cuidados de saúde em Portugal, quer através de subsistemas públicos, privados ou em regime de voluntariado. “O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social” (Direção-Geral da Saúde, 2013 p.34).

Das inúmeras definições de SNS destaca-se, ainda, a definição apresentada no Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.34): “O SNS é a principal

estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social”.

A criação do SNS em 1979, instituído na Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (Anexo 2), é indiscutivelmente um marco essencial da história e desenvolvimento do país. Atualmente esta continua a ser uma área relevante quer para o desenvolvimento social quer para o desenvolvimento económico, indireta ou diretamente, quer pela sua influência social, pelo número de pessoas que emprega, quer pelo seu peso no orçamento do estado português e pelo seu peso nos orçamentos familiares (Mendes, 2012).

Até ao ano da sua criação o acesso a cuidados médicos era limitado. Pela altura da sua criação, e volvida a época em que o acesso a cuidados médicos era limitado e “competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Providência”, legislou-se que o SNS (Serviço Nacional de Saúde, 2016):

- envolveria “todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”;
- o acesso aos cuidados é gratuito, contudo a possibilidade de criação de taxas moderadoras é, também, contemplada, tendo em consideração a necessidade de racionalizar a utilização das prestações.

O referido diploma, que legisla a sua criação, determinou, ainda, a criação de uma rede de instituições e serviços que visam a prestação de cuidados de serviços de saúde a toda a população. A proteção à saúde passa a estar salvaguardada, enquanto direito, e passa a ser financiada pelo estado, através de impostos.

Associadas à criação do SNS surgem as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estas têm igualmente um papel preponderante na saúde dos cidadãos, tendo por missão “garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção”

(Garrido, 2012, p.44). São cinco as Administrações Regionais de Saúde e na sua alçada encontram-se os Centros Hospitalares e os Centros de Saúde (Figura 1).

Figura 1- Administrações Regionais de Saúde portuguesas



Fonte: Construção própria com base no SPMS (2016)

Também a sua composição está prevista e legislada na Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, deixando claro o papel do Estado como impulsionador e financiador da prestação de cuidados de saúde.

“O estado assegura o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde” (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

O referido Decreto-Lei esclarece ainda que os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS são:

- Centros de saúde - serviços prestadores de cuidados de saúde primários;
- Hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas - serviços prestadores de cuidados diferenciados.

No ano de 2017 o SNS assinalou 38 anos da sua existência. 38 longos anos de história, de políticas e de decisões. 38 anos de influências, mas mais importante 38 anos de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde (2016) na sua página *web* realça em poucas palavras o passado e o presente da sua história: “A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e foi-se concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças”.

2.1 Cuidados de Saúde Primários

“A reforma dos cuidados de saúde primários tem sido a mais importante e original reforma da administração pública da saúde das últimas décadas”
(OPSS, 2012, p.59).

Os cuidados de saúde primários (CSP) são prestados pelos Centros de Saúde (CS), na figura dos Médicos de Família. Em Portugal, todos os cidadãos residentes têm direito ao acesso à saúde. Como tal todos têm direito a um Médico de Família (MF).

Estes tipos de cuidados são cuidados essenciais para a promoção da qualidade de vida e de saúde dos cidadãos. Têm por base metodologias e procedimentos tecnológicos fundamentados cientificamente, que visam não só prevenir o aparecimento de doenças, mas também prevenir a progressão das mesmas (Guedes, Figueiredo & Apóstolo, 2016).

A evolução dos CSP em Portugal conta com uma longa história. Desenvolvidos de forma a cobrirem todo o território nacional os CSP encontram-se, atualmente, sobre uma reforma organizacional profunda. Os autores Branco e Ramos (2001, p.5) apontam quatro fases distintas que descrevem o seu desenvolvimento:

1ª fase: desde 1971 ao período revolucionário de 1974/1975;

2ª fase: de 1975 a 1982 – a fase do serviço médico à periferia;

3ª fase: desde 1983 – a fase dos CS integrados e de expansão do SNS;

4ª fase ou a “fase atual” – transição.

No ano de 2008, a estrutura orgânica dos CSP é firmada pelo Decreto-Lei nº28/2008 (Anexo 3). Este Decreto-Lei prevê, ainda, a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES)⁴.

Aos ACES compete “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para tal desenvolvem atividades de

⁴ “Os ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde, são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Câmara Municipal de Lisboa, 2016).

promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Câmara Municipal de Lisboa, 2016). Destes agrupamentos fazem parte os centros de saúde a quem concerne a prestação de cuidados de saúde primários numa determinada área geográfica do território nacional.

Da sua constituição fazem parte diversas unidades funcionais, nomeadamente:

- Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Unidade de Saúde Pública (USP);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Ao longo dos anos, e ao longo destas fases, os CS têm sido fundamentais na prestação dos cuidados de saúde primários, procurando estar ao alcance das famílias e das comunidades . Salvo situações urgentes, o primeiro contacto com o SNS é através do centro de saúde.

Contudo, nos últimos anos, esta é uma situação que não se tem verificado na prática, uma vez que os utentes recorrem diretamente às urgências hospitalares, desvalorizando assim a importância da prestação dos cuidados primários e imputando custos desnecessários ao Estado. Na verdade, muitas das situações verificadas nos hospitais poderiam ter sido tratadas convenientemente nos centros de saúde.

No ano de 2016, através do Despacho n.º 200/2016 (Anexo 4), o XXI Governo Constitucional reitera a importância da saúde, estabelecendo como prioridade a adoção de medidas para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

Também a centralização da rede de cuidados de saúde primários, uma maior e qualificada capacidade de resposta e a promoção de um sistema eficiente, harmonioso e concentrado nos utentes e na simplificação e otimização dos

procedimentos de acesso e utilização dos serviços de saúde fazem parte das pretensões governamentais.

3. A crise, a reforma e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde

“Não, o centro da política de saúde não pode ser nem o desempenho do sistema, nem o estatuto dos profissionais, nem a gula dos agentes económicos, nem os cometos mediáticos, nem a reforma do SNS, nem o défice. O centro do sistema de saúde é o cidadão, o ser humano que trabalha e reside em Portugal” (Campos, 2008, p.57).

Desde a sua criação que o Serviço Nacional de Saúde tem vindo a sofrer inúmeras transformações. Os últimos 38 anos foram anos de significativas alterações políticas, económicas e sociais para Portugal, gerando, consequentemente, alterações nos serviços de saúde.

De acordo com Garrido (2012) estas alterações podem ser dissociadas em períodos distintivos:

- antes dos anos 70 – sistema de saúde fragmentado e limitado;
- início dos anos 70 até 1985 – consolidação e expansão do SNS;
- década de 1985 e 1995 – crescimento do SNS numa “rede mais ampla de prestadores de cuidados do setor social e privado, de regionalização e coordenação do SNS, de incremento da participação do setor privado, de construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre setores privado e público” (Garrido, 2012, p.46);
- de 1995 a 2002 – adoção de uma estratégia de promoção da saúde e dinamização de diferentes formas de gerir e organizar;
- de 2002 à atualidade – redefinição e reorientação das políticas definidas anteriormente. Os papéis dos setores públicos, privados e sociais passam a ser considerados sob nova filosofia.

Na última década um Portugal em crise assistiu e viveu significativas reformas. O Serviço Nacional de Saúde não foi exceção e também ele foi alvo de reformas por parte do governo português, com particular incidência nos serviços prestados pelas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI).

Estando em causa a saúde e, de um ponto de vista mais extremo, a vida dos cidadãos, esta nova realidade traz a dinamização de novos modelos de gestão hospitalar, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos. Também as parcerias público-privadas são dinamizadas e são criados Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (Mendes, 2012).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.34), “a rede hospitalar em Portugal Continental é formada por 212 Hospitais, dos quais 91 são privados. Os 363 Centros de Saúde foram organizados em 74 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). Em 2012 estavam em atividade 342 Unidades de Saúde Familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade. O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2011, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, atingia 5595”.

O financiamento dos diversos sistemas de saúde é díspar. O SNS, tendencialmente gratuito, é um sistema que vive simultaneamente de financiamento público e privado, sendo que 90% do seu financiamento provem de tributações. Em contrapartida, os subsistemas de saúde são maioritariamente financiados pelos trabalhadores e empregadores e os sistemas privados de saúde subsistem de copagamentos e pagamentos diretos do utente e/ou pelo respetivo prémio dos seguros de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O financiamento é uma parte essencial à sobrevivência de qualquer sistema. Sendo o SNS diretamente dependente do financiamento público, as despesas inerentes ao mesmo passam a ser alvo de um exaustivo escrutínio. Questões como a utilização crescente de medicamentos, a procura crescente de cuidados médicos (Anexo 5) e a necessidade de acompanhar a constante evolução tecnológica, levam a que a saúde seja entendida de uma forma mais económica do que essencial à (sobre)vivência.

Tendo por base o relatório de 1942 de *Beveridge* e tendo por base o financiamento por via dos impostos, no ano de 2003, através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto as taxas moderadoras são revistas “com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde” (Serviço Nacional de Saúde, 2016). No ano de 2016 as taxas moderadoras voltaram a ser alvo de revisão e consequente alteração.

Questões relacionadas com a educação e com a saúde têm sido alvo de preocupação e constante prioridade, por parte dos sucessivos governos.

No que à saúde diz respeito, as alterações, as políticas e o crescimento do SNS são inegáveis. Ao longo das últimas décadas este serviço procurou providenciar medidas que promovam a saúde dos cidadãos, contudo, as medidas impostas pela *Troika* limitaram o acesso aos serviços e cuidados de saúde.

De acordo com as considerações finais do Relatório de Primavera 2012 (OPSS, 2012) é possível identificar múltiplos indícios, gerados pela séria crise económica, financeira e social que Portugal atravessa, que dificultam o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente o empobrecimento dos portugueses, o aumento das taxas moderadoras, a dificuldade com os transportes e os tempos de espera.

A saúde é indiscutivelmente uma condição *sine qua non* ao desenvolvimento social, demográfico e económico de qualquer sociedade. Num cenário onde se procuram tomar as melhores decisões e onde se procura que os resultados económicos, financeiros e sociais sejam positivos todas as medidas são importantes e todas elas merecem ser alvo de discussão, de forma a que a saúde do presente e a saúde do futuro não sejam comprometidas.

“Saúde e crise: a crise financeira, económica e social, particularmente o desemprego e o empobrecimento, têm um impacto negativo sobre a saúde. A resposta à crise – restrições para conseguir os recursos necessários para fazer face ao endividamento público e privado, acrescentam novas dificuldades; o estatuto de ‘país intervencionado’ por instituições internacionais desafia a auto-estima dos portugueses. Não basta cumprir as ‘obrigações

internacionais’ – é necessário superá-las, fazendo da crise uma oportunidade, mobilizando o melhor do país para esse efeito” (OPSS, 2016, p.25).

É, assim, fundamental que se assuma o papel de cidadãos ativos e participativos enquanto utentes. Ou seja, é fundamental que, direta ou indiretamente se contribua e se financie a saúde (seja através de uma taxa moderadora, de um imposto ou de um financiamento intelectual).

Desta forma e perante tudo o que foi exposto entende-se que é fundamental reunir todas as condições para ultrapassar as questões que dificultam o acesso aos cuidados de saúde e que levam a que os Portugueses sejam um dos povos europeus com mais medo de erros nos cuidados de saúde, embora os dados do Eurobarómetro constatem que estão entre os que menos problemas tiveram.

“Os portugueses estão entre os europeus com mais medo dos erros e incidentes que podem acontecer quando recebem cuidados de saúde, com 75% dos inquiridos pelo Eurobarómetro a admitirem esta possibilidade, quando a média dos 28 Estados-membros se fica pelos 53%. Ainda assim, quando questionados sobre se experienciaram algum problema deste género, ou se tiveram conhecimento de erros com familiares, há apenas 14% a responderem que “sim”, quando a média dos europeus é de 27%” (Borja-Santos, 2014, p.1).

Os centros de saúde, na pessoa do Médico de Família, têm um papel fundamental no relacionamento dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde e no relacionamento dos utentes com a sua própria saúde. Sendo que este revela-se, muitas vezes, vital.

Perante a constatação da importância destas figuras centrais na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos, nas próximas páginas serão exploradas as relações de confiança entre o utente, o Médico de Família e o Serviço Nacional de Saúde.

“Uma das tarefas mais importantes do Sistema de Saúde é ganhar a confiança daqueles a quem se destina. Para isso, uma das prioridades é estabelecer e monitorizar altos níveis de qualidade. Mas a qualidade em Saúde, como se disse, é uma matéria muito complexa que inclui medições difíceis. As

organizações que procuram ter a confiança dos outros devem aprender com a experiência o modo como ela se constrói e o modo como pode ser destruída” (Oliveira, 2011, p.80).

CAPÍTULO III – CONFIANÇA

O capítulo anterior procurou justificar a importância da temática, nomeadamente no que diz respeito à situação do Serviço Nacional de Saúde tendo em conta a atualidade político-financeira portuguesa. O capítulo que se segue procura apresentar os principais conceitos e discussões relacionadas com a confiança, nomeadamente com a confiança associada à prestação de serviços (de saúde). Neste capítulo procede-se à caracterização do conceito e à apresentação de alguns determinantes das relações de confiança. São apresentadas ainda várias definições do conceito bem como são distinguidos os vários tipos de confiança.

O final deste capítulo incidirá na revisão bibliográfica da temática confiança e saúde, incidindo-se sobretudo na descrição dos trabalhos de investigação sobre os quais foram desenvolvidos os instrumentos utilizados para a recolha de dados, bem como os demais estudos que se incidiram e consequentemente obtiveram resultados recorrendo às referidas escalas.

1. Confiança: Definições e conceitos

O conceito de confiança, e todos os fenómenos associados à realidade designada pelo mesmo, têm ao longo dos tempos vindo a ser alvo de análise e reflexão nas mais variadas disciplinas científicas e sobre os diversos setores de atividade humana da sociedade. Qualquer que seja a atividade, ou setor de atividade, a confiança é tida como um dos fatores mais relevantes na construção dos relacionamentos entre pessoas, quer sejam elas do foro pessoal, quer sejam do foro organizacional. “Seja qual for o plano em que se situem as ações humanas, a confiança desempenha um papel crítico e importante” (Cerdeira, 2010b, p.129).

Segundo Gilson (2003, citado por Marques, 2013, p.3) “(...) à confiança é atribuído um conjunto de papéis, sendo tida como importante para a construção de relações que fortalecem o desenvolvimento económico, e do mesmo modo, um fator que legitima e capacita as instituições governamentais, bem como os sistemas públicos, fortalecendo o seu impacto”.

Ao longo dos anos, este conceito tem vindo a ser objeto de inúmeros estudos, tendo gerado uma literatura académica muito vasta, caracterizada por uma grande diversidade de abordagens e à existência de inúmeras e diferentes definições.

São vários os autores que nos apresentam definições para este conceito. Por exemplo, Mayer, Davis e Schoorman (1995) definem a confiança como a propensão de uma parte se colocar numa posição de vulnerabilidade em relação às ações de uma outra parte, com base na expectativa de que essa outra parte vai executar uma ação específica importante para aquele que confia e independentemente da capacidade deste último monitorizar ou controlar a outra parte. Rousseau, Sitkin, Burt, e Camerer (1998) defendem que a confiança é um estado psicológico que compreende a intenção de aceitar vulnerabilidade, baseando-se em expectativas positivas quanto às intenções de comportamento do outro. Luhmann (1979) entende a confiança enquanto mecanismo redutor da complexidade. Pelas palavras de Putnam (1994 citado por Lundasen, 2002, p.308) “a confiança é uma espécie de bem de valor variável que aumenta se é usado e diminui se é deixado sem uso”. Holmes e Rempel (1989) percebem a confiança enquanto expectativa positiva generalizada segundo a qual se pode dar por certo que um parceiro vai cuidar e dar resposta às necessidades presentes e futuras de uma outra pessoa. Hosmer (1995) entende a confiança como a expectativa de uma pessoa, grupo ou empresa, de um comportamento eticamente justificável – ou seja, decisões moralmente corretas, e ações baseadas em princípios éticos de análise – da parte de outra pessoa, grupo ou empresa, envolvidos num esforço conjunto ou transação económica. Para Finuras (2013) a confiança é entendida e reconhecida como um elemento vital ao bom funcionamento organizacional, institucional e social como um todo. Surge enquanto facilitadora da cooperação e essencial à comunicação eficaz. É a base de relacionamentos coesos e produtivos nas/das organizações, uma vez que facilita as relações e reduz a complexidade de uma forma eficaz e económica. Citando Costa (2002, p.221) “A confiança é pois um fenómeno central nas práticas de gestão quando se pretende tirar máximo rendimento da colaboração, tendo um carácter dinâmico e contingente, e requerendo uma aprendizagem e reforço constantes para poder levar a importantes benefícios, quer para a organização quer para os indivíduos”. Pelas palavras de

Cerdeira (2010b, p. 87) “A confiança é assim entendida como uma atitude associada à manifestação de uma vontade em correr riscos no âmbito de uma relação interpessoal”, baseada numa expectativa positiva de que a outra parte vai executar ações de consequências benéficas para aquele que confia. Por sua vez, para Fernandes (2014) a confiança é definida como a base que sustenta as relações interpessoais, ou seja, um atributo essencial a qualquer relação entre pessoas, grupos ou organizações, com o objetivo de se preservarem para além do presente.

O conceito de confiança tem sido considerado por diversos autores, como podemos constatar nos parágrafos anteriores, e por diversas disciplinas académicas como uma variável essencial para a compreensão e manutenção das relações interpessoais e das relações sociais, estando associado à construção de relacionamentos baseados na dependência mútua entre as partes, na exposição das vulnerabilidades, na disponibilidade para correr riscos e no desenvolvimento de expectativas positivas sobre as outras pessoas.

Perante a existência de inúmeras e variadas definições, Hosmer (1995) realça que estas definições podem ser divididas sob diferentes perspetivas, nomeadamente: a) definições que enfocam a confiança sob o ponto de vista das expectativas individuais; b) definições que realçam os relacionamentos interpessoais e c) definições que associam a confiança a compromissos económicos. Este autor salienta, ainda, que embora a literatura apresente inúmeras definições para este conceito, é possível identificar algumas características em comum entre elas, respetivamente:

- a) manifestação de vulnerabilidade e dependência no que concerne ao comportamento da outra parte;
- b) associação do sentimento de confiança ao sentimento de expectativas positivas quanto ao comportamento do outro interveniente;
- c) pré-disposição de ambas as partes em cooperar e em obter benefícios dessa mesma cooperação;
- d) vontade de proteger e defender os interesses de ambas as partes.

A confiança tem um papel importante na construção de relacionamentos, independentemente do seu foro e do ambiente em que se gera, que “resulta de uma acumulação de experiências com a entidade em questão e da maturação da relação que foi estabelecida, surgindo posteriormente a capacidade de formar expectativas positivas” (Marques, 2013, p.3).

2. Construção da Confiança

As diversas definições apresentadas pela literatura remetem para a construção da confiança a partir de diversas bases, entre as quais se contam a da exposição mútua das vulnerabilidades entre as partes da relação, a da construção de uma dependência recíproca e a da convicção de que se podem esperar resultados positivos em consequência dos comportamentos dos outros. Neste sentido, alguns autores (Rousseau *et al.*, 1998) vão ainda mais longe, quando enfocam por exemplo o fato de existirem condições consensuais nas diversas definições que levam à existência de uma relação de confiança: a consciência/ percepção dos riscos, em relação à eventualidade de perda, e a interdependência, na medida em que os interesses de uma parte podem não ser entendidos ou alcançadas sem a outra parte. A variação dos efeitos produzidos por estes fatores leva a que também a relação de confiança entre as partes seja variável, ou seja, quanto maior for a interação entre as partes maior será a confiança (Guardani, 2008).

Para Mayer *et al.* (1995) a confiança constrói-se e desenvolve-se com base nas expectativas e nos resultados que o indivíduo recolhe na experiência vivida numa determinada interação. Assim, os autores desenvolvem um modelo de confiança (Figura 2), segundo o qual a confiança se constrói, por um lado, a partir da forma como uma das partes percebe a outra em três planos diferenciados: o da percepção da capacidade ou da competência, o da percepção da benevolência e o da percepção da integridade e, por outro, de uma variável idiossincrática, entendida como um

determinante da personalidade associada a maior ou menor “propensão de quem confia para confiar” (Dias, 2010, p.18).

De entre os principais estudos sobre esta temática destaca-se o modelo proposto pelos autores Mayer, Davis e Schoorman (1995), segundo o qual a confiança estabelece-se no seio de uma relação interpessoal entre aquele que confia e aquele que é alvo dessa confiança. O risco e a vulnerabilidade são elementos sempre presentes numa relação de confiança. Os autores partem do pressuposto de que a pessoa que confia é dotada de características que sustentam a sua propensão para confiar e para se colocar numa posição de vulnerabilidade em relação àquele a quem deposita a sua confiança, “com base na sua propensão para para confiar e na percepção de que a outra parte é merecedora da sua confiança” (Rodrigues & Veloso, 2013, p.547).

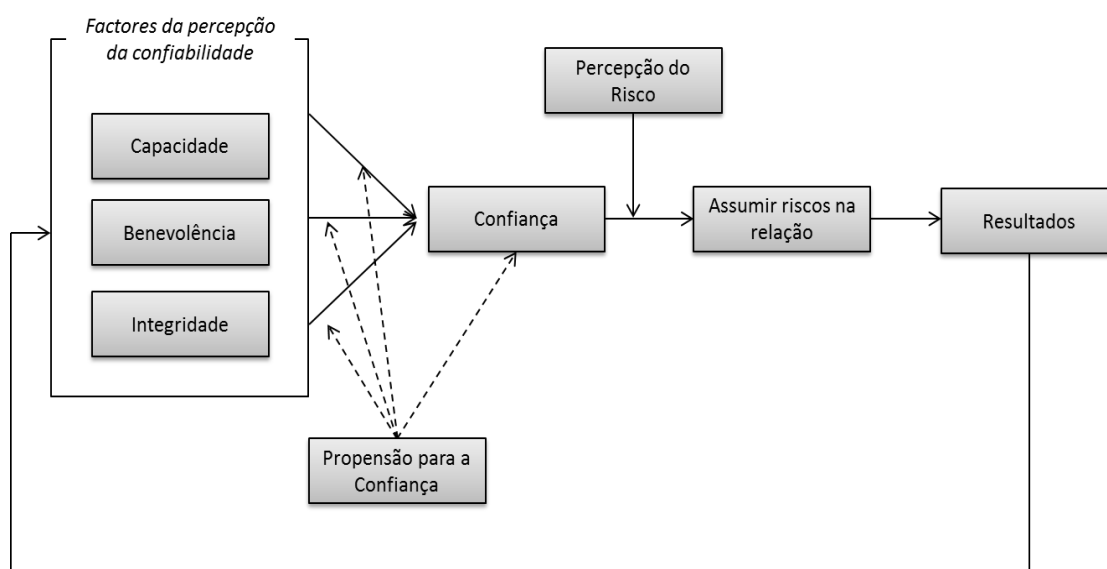
Pelas palavras de Cerdeira (2010, p.88) “só fará sentido usar o termo confiança quando se reconhecer que as partes envolvidas numa relação interpessoal estão numa posição de vulnerabilidade, ou seja, quando a natureza da relação entre as partes for reconhecida como um tipo de relação que envolve «alguma coisa de importante» e quando essa «coisa importante» for percebida como estando exposta ao risco de se perder”.

Contudo estas características não são *per si* suficientes para o estabelecimento de uma relação de confiança. É vital que aquele em quem é depositada a confiança seja percebido como merecedor da confiança, isto é, seja percebido como competente, benevolente e íntegro. “Cada um destes fatores é variável independentemente dos outros, mas todos estão inter-relacionados, devendo coexistir para o estabelecimento da relação de confiança” (Rodrigues & Veloso, 2013, p.547). Quanto maior for percepção e conjunção da capacidade, da benevolência e da integridade maior é a interação entre as partes envolvida. Ou seja, maior é a confiança.

Como se pode verificar pela Figura 2 este modelo pressupõe a existência de diferentes pontos de vista, sendo eles: a propensão/disposição para a confiança, a percepção da confiabilidade – onde se incluem os já três enunciados fatores (competência, benevolência e integridade) e a expectativa generalizada.

O Modelo Integrado da Confiança (Figura 2) permite conceptualizar a dinâmica e a multidimensionalidade da confiança em função da interação dos intervenientes que se relacionam ao longo do tempo. “Este aspecto é importante porque permite compreender o modo como a confiança se constrói (ou deteriora) ao longo do tempo, bem como o modo como diversos factores podem eventualmente contribuir para esse desenvolvimento (ou deterioração)” (Cerdeira, 2010, p.91).

Figura 2 - Modelo Integrado da Confiança de Mayer *et al.* (1995)



Segundo outros autores (Boon e Holmes, 1991, citados por Marques 2013), podem ser ainda consideradas outras dimensões básicas para a construção de uma relação interpessoal baseada na confiança: a) a Integridade, a qual diz respeito à percepção da honestidade e confiabilidade atribuída a uma das partes. É considerada a “dimensão mais crítica na avaliação da confiança”; b) a Competência, a qual se refere à percepção dos conhecimentos técnicos do indivíduo, na medida em que se verifica a necessidade de confirmar se este tem ou não competências para cumprir com os deveres pressupostos; c) a Consistência, que se refere à capacidade de julgamento e previsibilidade demonstrada pelo indivíduo. Se o indivíduo demonstrar inconsistência nas suas palavras e nas suas atitudes a confiança será menor; d) a Lealdade – predisposição e vontade de ajudar ou defender alguém; e) a abertura – partilha igual de informação entre os indivíduos. Esta partilha igual de informações pressupõe que há transmissão de confiança. “A presença deste comportamento pode

ser um sinal de confiança mútua” (Marques, 2013, p.4). Muito embora o fator tempo exerça um considerável efeito na construção e consolidação da confiança, ele por si só não garante a sua existência nem a sua longevidade. Como tal é fulcral compreender todas as variantes e todos os fatores que contribuirão para a solidificação deste vínculo (Batista, 2010).

Face ao exposto e tomando por referência o ponto de vista de Mayer *et al* (1995), entende-se que um dos determinantes da confiança é a propensão para confiar, entendida como uma variável disposicional ou idiossincrática, ou seja, a maior ou menor disposição das pessoas para acreditarem genericamente nas outras pessoas é uma das variáveis que influencia a forma como as pessoas confiam mais ou menos numa pessoa concreta. O que significa que as pessoas diferenciam-se umas das outras em função do modo como confiam mais ou menos umas nas outras. No caso concreto deste estudo, entende-se também que a maior ou menor tendência de as pessoas confiarem genericamente nos outros pode ser um importante determinante da confiança depositada na pessoa concreta do Médico de Família e da confiança genérica depositada no Serviço Nacional de Saúde. Com base nesta conjectura foi selecionada a escala proposta por MacDonald, Kessel e Fuller (1972) para avaliar a propensão para a confiança, enquanto variável disposicional.

A literatura não é vasta relativamente a esta questão e os instrumentos disponíveis são limitados o que nos levou a considerar, escolher e aplicar o referido instrumento de investigação, o qual foi traduzido e adaptado para uma amostra portuguesa por Cerdeira (2010b).

3. Tipos de Confiança

A literatura consultada, para além de evidenciar o quanto a confiança é alvo de um vasto estudo e reflexão por parte das mais variadas disciplinas, destaca que este conceito pode ser abordado sob diversas perspetivas.

Para Cerdeira (2010a, p. 128) “sendo a confiança um atributo essencial de toda e qualquer relação entre pessoas, grupos ou organizações que aspire a preservar-se para além do presente, não será de estranhar que a questão da confiança se ponha sempre que alguém, um grupo ou uma organização decide coordenar as suas ações com as de uma outra pessoa, grupo ou organização”. O que significa que a confiança pode ser entendida como um determinante dos relacionamentos das pessoas com outras pessoas (a confiança influencia as relações interpessoais, nomeadamente aquelas que remetem para o relacionamento com o Médico de Família), como pode ser entendida também como um determinante do modo como as pessoas se relacionam com as organizações ou com as instituições que estas representam (a confiança influencia a relação das pessoas com os prestadores genéricos dos cuidados de saúde prestados pela instituição do Serviço Nacional de Saúde). Considerando não só a pesquisa desenvolvida mas também o objeto de estudo a ser explorado neste trabalho, destacamos três níveis distintos: confiança interpessoal (confiança no Médico de Família), confiança organizacional e confiança institucional (confiança nos serviços prestadores de cuidados de saúde).

3.1 Confiança Interpessoal e Confiança Organizacional

O tema confiança emergiu como foco de interesse na literatura e nas diversas áreas de conhecimento, sobretudo a partir da década de 90. “Por estar presente nos diversos contextos das relações humanas, apresenta influência sobre diferentes fenómenos como democracia e grupos sociais, sendo considerada essencial para a compreensão das sociedades” (Lundäsen, 2002, citado por Ianaguivara, 2011, p.15). Para os diversos autores, a confiança é entendida como um constructo essencial para compreender os diferentes planos em que as relações humanas se podem desenvolver, sejam elas do foro pessoal, grupal ou organizacional, sendo mais habitual distinguir-se sobretudo dois planos: o da confiança interpessoal e o da confiança organizacional (Quadro 1).

Neste sentido, também Ford (2001), muito embora constata a abundância de definições do conceito na literatura, salienta que dos diversos tipos de confiança, os mais comuns são o da confiança interpessoal e o da confiança organizacional. No que à primeira diz respeito, a confiança interpessoal, o alvo é o do sujeito considerado em si mesmo, enquanto no caso da confiança organizacional o conceito centra-se na natureza da relação que o indivíduo tem ou no papel que representa dentro da organização.

Para alguns autores, como sustenta Batista (2010), estes conceitos são indissociáveis, na medida em que no contexto organizacional a confiança é entendida como fator influente no desempenho do trabalho, no sentimento de responsabilidade do colaborador, na resolução de problemas e na negociação de benefícios e comprometimento mútuo entre a organização e os colaboradores. A confiança funciona como elo de ligação entre o indivíduo e a organização, promovendo a identificação do indivíduo com a organização, contribuindo para a consolidação de identidade da mesma e fomentando os níveis de comprometimento organizacional.

Quadro 1 - Definições de Confiança Interpessoal e Confiança Organizacional citados a partir de Ianaguivara (2011) e Batista (2010)

Confiança Interpessoal	Confiança Organizacional
Expetativa da pessoa, pressupostos, ou crenças sobre a possibilidade de que as ações futuras dos outros, serão benéficas, favoráveis, ou, no mínimo, não desconsiderarão os interesses da pessoa (Robinson, 1996, citado por Batista, 2010).	Refere-se à fé do empregado no alcance dos objetivos corporativos e líderes organizacionais e à crença em que, no final, a ação organizacional provará ser benéfica para os empregados (Gilbert & Tang, 1998, citado por Batista, 2010).
Confiança é a prontidão de uma parte em estar vulnerável às ações de outra parte, baseada na expectativa de que a outra parte realizará uma ação particular importante para aquele que confia independente de sua habilidade para monitorar ou controlar a outra parte (Mayer <i>et al.</i> , 1995 citado por Batista, 2010).	Expetativas positivas que o indivíduo tem sobre a intenção e comportamentos dos vários membros da organização baseado nos papéis organizacionais, relacionamentos, experiências e interdependências (Schockley-Zalabak, Ellis & Winograd, 2000, citado por Ianaguivara, 2011).
Refere-se à confiança entre indivíduos. As suas bases são as percepções pessoais ou do grupo em relação aos motivos e intenções de outros indivíduos (Costa, 2000, citado por Batista, 2010).	Confiança organizacional diz respeito à relação estabelecida com o sistema formal, sendo baseada em leis, regulamentos institucionais e nas práticas que mantêm a organização como um todo (Costa, 2000, citado por Batista, 2010).
Expetativa de uma pessoa ou grupo do cumprimento da promessa verbal ou escrita de outro indivíduo ou grupo (Rotter, 1967, citado por Batista, 2010).	É uma “cola” que mantém os esforços conjuntos de um grupo, constituindo-se em um ingrediente necessário para o sucesso (Jeffrey, 1999, citado por Batista, 2010).
As expetativas que se levantam dentro de uma comunidade de comportamento regular, honesto e cooperativo, baseadas em normas geralmente compartilhadas com os outros membros dessa comunidade (Fukuyama, 1996, citado por Ianaguivara, 2011).	Conjunto de cognições interdependentes que integra crenças a respeito de padrões éticos, credibilidade da comunicação, poder económico da organização e capacidade desta de reconhecer o desempenho do empregado, tanto financeira como profissionalmente (Oliveira, 2004, citado por Ianaguivara, 2011).

No propósito de Butler (1983) e Zand (1997) “a percepção de confiança confere segurança à organização e às pessoas para assumirem riscos, porque as incertezas entre as partes são reduzidas com base na crença de que haverá a reciprocidade do benefício/comportamento” (Batista, 2010, p. 18).

3.2 Confiança Institucional

Este não é um dos assuntos mais abordados na literatura sobre a temática da confiança. Contudo o enfoque neste tópico, por parte de alguns académicos, remete-nos para a importância do desenvolvimento da confiança nas instituições (públicas ou privadas) e para a importância desta na construção de uma identidade corporativa ou na construção de uma boa imagem da organização junto dos seus públicos e partes interessadas (Eira, 2010). Tanto no setor público, como no setor privado, a confiança nas instituições é essencial para a organização da vida coletiva das comunidades. No caso das instituições que prestam cuidados de saúde, o caso particular da confiança nas organizações (públicas) do Serviço Nacional de Saúde ganha uma relevância acrescida já que são estas que predominantemente garantem a maior parte dos serviços de saúde vitais às populações. Por esta razão, a investigação na área da saúde tende a usar o termo “confiança pública” para designar especificamente a confiança das pessoas nas instituições que prestam serviços públicos de saúde à população em geral. Embora esta discussão se possa desenvolver em vários planos, para os objetivos deste estudo, assume-se o termo confiança pública como sinónimo de confiança institucional, ou seja, como confiança na instituição designada pelo termo “Serviço Nacional de Saúde”.

No dito setor público de atividade existem diversos meios para a promoção da confiança nas instituições, sendo que o recurso a esses meios assenta na ideia de que é importante promover a dita confiança, já que sem ela, as instituições públicas terão sérias dificuldades em assegurar os seus fins, seja no sector da saúde, como no da educação, no da justiça ou no de qualquer outro. “Existem organismos sociais que permitem que seja instituída a confiança através de normas e processos de monitorização constantes dos indivíduos. Estes sistemas, como a avaliação de desempenho ou a certificação de conhecimentos e competências, constituem indicadores do perfil ético e do valor acrescentado que o indivíduo traz para uma organização, mas que exige confiança nas instituições” (Marques, 2013, p.7).

3.3 A Confiança na Saúde

“... a confiança não se limita a significados do senso comum, sendo utilizada em investigações científicas, realizadas dentro de áreas distintas do conhecimento”
(Oliveira, 2004, citado por Ianaguivara, 2011, p. 22).

A revisão da literatura sobre a temática da confiança permite-nos afirmar que este é um tema “em voga” sobre o qual as organizações cada vez se preocupam e investem mais, sobretudo devido aos benefícios que uma relação de confiança entre os indivíduos (quer com outros pares ou com organizações) pode gerar. A confiança é para a organização uma fonte de vantagem competitiva e um meio, inerentemente, para o (bom/superior) desempenho da organização (Dias, 2010).

Este é um conceito que tem vindo a ter uma grande ênfase nas últimas décadas nas mais diversas áreas do saber. De acordo com a pesquisa realizada por Oliveira (2004) a temática da confiança tem despertado ao longo das últimas três décadas a atenção de inúmeros investigadores das mais variadas áreas do conhecimento tais como a ciência política, a antropologia, a sociologia, a psicologia e a economia. Segundo afirmam Novelli, Fischer e Mazzon (2006 citado em Oliveira, 2004), a investigação da confiança tem por base uma perspetiva multidisciplinar que apresenta desafios teóricos e empíricos no campo do conhecimento das organizações. Também esta área, a do conhecimento nas organizações e nas instituições, tem crescido nos últimos anos.

Na área da saúde este conceito revelou ter, igualmente, um grande impacto, na medida em que o indivíduo enquanto utente/paciente encontra-se numa posição de vulnerabilidade e o estabelecimento de uma relação de confiança revela-se fulcral, surgindo como resposta à vulnerabilidade apresentada e transmitindo uma relação de segurança e equilíbrio para o paciente/utente. “Em suma, a confiança do paciente é definida como uma aceitação otimista de uma situação vulnerável, na qual o paciente acredita que o prestador do serviço de saúde irá agir de acordo com os seus interesses” (Marques, 2013, p.9).

Esta relação de confiança é fomentada pela crença do indivíduo nos conhecimentos e competências técnicas do prestador do serviço. O utente confia no prestador do

serviço acreditando que o ponto fulcral desta relação e deste estado de vulnerabilidade é a sua saúde e o seu bem-estar (do utente). Este relacionamento de confiança, nesta área de saber específica – saúde, encontra-se associado não só aos serviços de cuidados médicos, como se encontra associado ao(s) técnico(s) de saúde, ao hospital/clínica ou até mesmo ao Serviço Nacional de Saúde (Marques, 2013).

Contudo, esta, ainda, não é uma temática muito explorada pela literatura, sobretudo pela literatura portuguesa. Serra e Mendes (2012, p.375) afirmam que “o interesse sobre esta temática é particularmente relevante na medida em que em Portugal não têm existido investigações nesta área”. Referem, ainda, que, muito embora os dados disponíveis sejam limitados, através da leitura artigos na imprensa escrita, debates televisivos e até *chats* na *internet* foi possível verificar “alterações sociais ao nível dos sistemas de saúde”. As autoras vão ainda mais longe e afirmam que “a natureza destas alterações está intrinsecamente ligada a uma variedade considerável de consequências políticas, tais como os novos modelos de gestão dos cuidados de saúde e o falhanço de algumas reformas do sistema de saúde. Em Portugal, apesar da importância destas alterações, não existem investigações empíricas que ajudem a confirmar e a explicar a natureza destas alterações. De facto, sabe-se muito pouco sobre o que poderá estar a ocorrer ao nível da confiança do público na profissão médica” (Serra & Mendes, 2012, p.376).

Este campo de estudos deve ser fomentado em qualquer área, em qualquer disciplina, em qualquer organização e em todos os indivíduos, uma vez que, tal como Oliveira (2011, p.80) evidencia: “É sabido que os elevados níveis de confiança promovem melhores resultados, com menores custos. Os doentes que confiam nos profissionais de saúde tornam-se, assim, parceiros ativos da prestação de cuidados e mais facilmente se colocam no centro dos sistemas de saúde”. Torna-se, assim, fundamental promover e dinamizar estudos sobre esta temática.

Perante a inexistência (ou pouca existência) de informação e dados tornou-se clara a necessidade de perceber e avaliar de que forma as características de personalidade (propensão para confiar) influenciam a confiança no Médico de Família e no Serviço Nacional de Saúde e qual o grau de confiança naqueles que prestam os cuidados de

saúde – Médicos de Família, quer no Serviço Nacional de Saúde. É perante esta última perspetiva que esta dissertação também recorre aos instrumentos de análise criados por Tom, Ribisl, Stewart e Luke (1999) e por Dinç, Korkmaz e Karabulut (2013).

Sendo que o primeiro instrumento foi construído para proceder à avaliação da confiança no Médico de Família, enquanto a segunda escala se centra na avaliação da confiança no Sistema Nacional de Saúde.

Como já foi referido, a literatura é muito vasta no que diz respeito à definição do conceito de confiança diz respeito, no entanto tal não acontece no que respeita à avaliação da confiança nestes dois objetos específicos. Assim, entendeu-se que para o desenvolvimento e aprofundamento deste trabalho as definições apresentadas bem como os tipos de confiança apresentados e os vários autores que a avaliam seriam um contributo positivo para a concretização dos objetivos do estudo em causa.

4. Medir a Confiança

Para o desenvolvimento deste estudo exploratório procedeu-se à revisão da literatura publicada em português sobre a temática da confiança, sobretudo associada à saúde. A pesquisa apresentou algumas dificuldades, na medida em que os estudos publicados não iam ao encontro dos objetivos específicos deste trabalho – a avaliação da confiança no Médico de Família e da confiança na instituição designada pelo termo “Serviço Nacional de Saúde” em Portugal.

Perante a dificuldade de encontrar instrumentos em língua portuguesa que nos permitissem avaliar a confiança especificamente no Médico de Família e no Serviço Nacional de Saúde, procedeu-se à tradução e adaptação para língua portuguesa de quatro escalas distintas. Estes instrumentos de avaliação tornaram-se relevantes não só para o desenvolvimento do estudo em questão como para outros estudiosos que

desenvolveram trabalhos onde os autores das referidas escalas e até as próprias metodologias foram aplicadas.

“Quando se pretende medir a confiança, são várias as sugestões que alguns académicos e investigadores desde logo lançam (...): primeiro, deve ficar claro qual é o objeto da confiança que se pretende medir, ou seja, se se trata de indivíduos em geral (relações interpessoais) ou «unidades de análise» específicas, organizações, instituições e, entre estas, quais” (Finuras, 2013, p.161).

É, assim, possível atribuir à confiança o estatuto de elemento agregador, de coesão e de manutenção que permite aos utentes prosseguirem os seus assuntos sem dúvidas exaustivas sobre os tratamentos prescritos. Esta relação é em parte definida pela disposição e propensão do utente para confiar aquando uma situação que represente para si vulnerabilidade, na medida em que o seu grande propósito é a sua saúde e o seu bem-estar.

5. Confiança e Saúde: Revisão da literatura

“A crise instalada nos sistemas de Saúde espera o contributo de todos para que possa ser suavizada, compreendendo-se que a confiança é ganha e não dada, que é difícil ser ganha, mas rapidamente pode ser perdida” (Oliveira, 2011, p.80).

Vários académicos afirmam, como foi possível aferir através, por exemplo, do modelo integrado da confiança de Mayer *et al.* (1995), que são diversos os fatores geradores de confiança. Contudo, quando procuramos especificamente ferramentas que nos permitam avaliar a confiança e em particular avaliar a interação das pessoas com os diferentes prestadores de cuidados de saúde, a literatura é muito escassa.

Do ponto de vista metodológico, foram tidas em consideração diversas variáveis e instrumentos de avaliação desenvolvidos em distintos estudos académicos para avaliar a confiança disposicional, a confiança interpessoal no Médico de Família e a confiança (institucional) no Serviço Nacional de Saúde.

No caso da avaliação da confiança disposicional, foi usado um instrumento concebido por MacDonald, Kessel e Fuller (1972), o qual foi traduzido e adaptado para português por Cerdeira (2010b). Para estes autores, a disposição para confiar expressa características de personalidade, as quais expressam expectativas generalizadas sobre o que de positivo se pode esperar das pessoas em geral. Estas expectativas generalizadas constroem-se ao longo do tempo a partir de um trabalho pessoal de reflexão sobre as experiências e relacionamentos sociais acumuladas no passado.

Quanto à avaliação da confiança no Médico de Família, procedeu-se à tradução e adaptação para português da escala proposta por Thom, Ribisl, Stewart e Luke (1999) que desenvolveram um estudo com utentes de clínicas de cuidados primários. Através da aplicação desta escala, que tem por base a avaliação da confiança do(s) Médico(s) de Família, os autores verificaram que elevados níveis de confiança no(s) médico(s) estavam associados a uma maior probabilidade de adesão às recomendações relativas ao tratamento, das quais se destacou a adesão à medicação. No decurso dos trabalhos associados à realização deste estudo localizou-se uma outra tradução da escala para língua portuguesa, a qual não foi utilizada pelo facto de à data se ter já procedido à recolha dos dados (Pereira *et al.*, 2013).

Para avaliar eventuais efeitos associados à expressão da confiança no Médico de Família e/ou no Serviço Nacional de Saúde, recorreu-se a um instrumento de avaliação da satisfação dos inquiridos com o(s) Médico(s) de Família, construído por Lee e Lin (2011). Estes autores concluíram que a relação entre a confiança e a satisfação pode ser mais forte entre os utentes que têm mais propensão para a tomada de decisão, contribuindo, assim, para melhores resultados na saúde. Foi possível concluir que todos os esforços, por parte dos profissionais de saúde, devem ser tomados no sentido de melhorar e reforçar a confiança dos utentes levando-os a uma tomada de decisão mais rápida e consciente, maximizando assim a sua satisfação.

A última escala seleccionada para este trabalho foi a de Dinç, Korkmaz e Karabulut (2013). Esta é uma subescala que reúne elementos avaliadores da confiança dos utentes no sistema de saúde e nos profissionais que prestam esses cuidados, na

medida em que os resultados obtidos podem ser indicadores da eficácia do relacionamento utente / prestador de cuidado / serviços de saúde. Como esta relação é orientada para o futuro, a avaliação e compreensão deste relacionamento revela-se fulcral para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados na área da saúde.

Tomando por referência o conjunto destas variáveis, assim como os instrumentos seleccionados para as avaliar, procedeu-se a uma revisão da literatura publicada sobre o tema, tal como o mesmo foi delimitado para a realização deste estudo exploratório. Dos trabalhos consultados, destacaram-se os estudos de Hall, Dugan, Zheng e Mishra (2001), Muirhead, Marcenés e Wright (2013) e Yucel e Ay (2013).

O primeiro estudo sugere a complexidade das relações de confiança com o(s) médico(s). Para estes autores, são diversos os determinantes da construção de uma boa relação de confiança entre o médico e o utente, nomeadamente a competência técnica, a comunicação, a empatia e o respeito. “Apesar da profunda e generalizada importância da confiança nas questões médicas, não há um entendimento consensual do que significa a confiança, dos seus efeitos, dos fatores que a afetam e de que forma a confiança se relaciona com outras atitudes e comportamentos semelhantes. Para abordar esta lacuna sobre esta questão emergente do foro teórico, empírico e político sobre a confiança nos médicos e nas instituições médicas a literatura é revista e sintetizada ” (Hall *et al.*, 2001, p.614).

O segundo artigo remete-nos para os trabalhos de investigação desenvolvidos com a escala proposta pelos autores Lee e Lin (2011). Também os autores deste artigo concluíram que a confiança dos utentes tende a traduzir-se em melhorias na qualidade de vida, quer a nível físico, quer a nível mental.

O estudo de Yucel e Ay (2013) que teve por objetivo avaliar a confiança de um grupo de utentes turcos nos enfermeiros, criando uma escala para o efeito, obteve resultados e conclusões semelhantes.

A revisão bibliográfica realizada permitiu-nos ter uma visão da heterogeneidade dos diversos estudos. Neste sentido, é de reforçar que a literatura, ainda, não é muito

vasta sobre a temática e que os autores que se dedicam a ela, tal como nós fizemos neste trabalho, acabam por criar as suas ferramentas de avaliação.

Em português destacamos alguns dos trabalhos fundamentais ao desenvolvimento deste tópico. Por um lado, o trabalho de Ferreira e Pereira (2014) sobre a relação entre a confiança nos médicos e os comportamentos dos pacientes para lidarem com a diabetes. Com efeito, neste estudo e com a aplicação da ferramenta proposta os autores conseguem concluir que “os pacientes com diabetes que apresentam um nível elevado de confiança no médico têm atitudes mais positivas face à actividade física e fazem mais planos para a sua realização e para lidar com potenciais obstáculos” (Ferreira & Pereira, 2014, p.417).

Os autores Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001) vão mais longe e procuram no seu trabalho avaliar a relação de satisfação dos utentes em relação aos médicos e à ciência da medicina, bem como a satisfação dos serviços prestados. Os resultados alcançados neste trabalho enfatizam a importância da dinâmica relacional entre as atitudes e a satisfação. “Os utentes mais satisfeitos com os serviços recebidos são também aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas, e tem uma melhor percepção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais de saúde. (...) Quanto melhor é a satisfação, mais positivas são as representações dos utentes em relação aos médicos e à medicina” (Pereira *et al.*, 2001, p.78-79).

Por último, Pereira, Pedras e Machado (2013) visam no seu trabalho estudar as características psicométricas do *Trust in Physician Scale* de Thom, Ribisl, Stewart e Luke (1999), numa amostra de cidadãos portugueses com a condição de saúde de diabéticos tipo 2 e dos seus companheiros. Ao concentrarem-se em duas (sub)escalas: Escala de Confiança na Relação e Escala de Confiança na Competência os autores concluíram que: “A relação entre a confiança no médico, a confiança na relação e a confiança nas competências, e a adesão à medicação, nos diabéticos, é sensível ao género e idade. Finalmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na confiança no médico em função do género ou da escolaridade dos diabéticos embora se tenham encontrado diferenças ao nível da

idade e da duração do diagnóstico” (Pereira *et al.*, 2013, p.294). Este trabalho apresentou a tradução da escala de Thom *et al.* (1999) para a língua portuguesa.

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

Na primeira parte deste trabalho procurou-se enquadrar o tema do trabalho e justificar a importância das principais questões em que esta dissertação se concentra.

O capítulo que se segue apresenta a metodologia seguida no desenvolvimento do estudo empírico, bem como os procedimentos usados na recolha e análise dos dados, nomeadamente os que decorrem dos objetivos estabelecidos para o estudo e da seleção dos instrumentos de avaliação das variáveis e subsequente recolha de dados numa amostra de conveniência.

1. Finalidade e Objetivos do Estudo

A confiança é fundamental para a consolidação e para o sucesso de qualquer relacionamento interpessoal, quer seja ele do foro pessoal ou do foro profissional. O sentimento de confiança revela-se muitas das vezes vital à própria continuidade das relações interpessoais e das organizações.

O conceito de confiança é um conceito abrangente e não consensual, contudo é entendido pela maioria dos autores, como se pôde verificar nos capítulos anteriores, como um conjunto de expectativas que se depositam sobre alguém, quer seja esse alguém uma pessoa individual, uma organização ou uma instituição da qual se espera a prestação de serviços específicos para uma sociedade.

Embora a variável confiança seja determinada por inúmeras outras variáveis, é também de reconhecer que determina vários comportamentos e atitudes em diversos planos da vida em sociedade, por exemplo, daqueles que se relacionam com a área da saúde. No contexto da atualidade portuguesa, em que as discussões sobre a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde ou sobre a qualidade dos serviços prestados pela rede de Médicos de Família são tidas como relevantes do ponto de vista económico, social e político, é oportuno avaliar o quanto os cidadãos comuns confiam, por um lado, nos serviços de saúde associados aos relacionamentos concretos que cultivam como os respetivos Médicos de Família e, por outro, nos

serviços prestados pelo denominado Serviço Nacional de Saúde. A avaliação da confiança nestes dois planos é essencial para se perceber como é que as pessoas atuam e avaliam a qualidade dos serviços prestados. Este trabalho tem, assim, como objetivos: a) Explorar o poder heurístico do conceito de confiança para a compreensão do modo como as pessoas se relacionam com os prestadores de cuidados de saúde; b) Adaptar a uma amostra portuguesa instrumentos de avaliação da confiança; c) Evidenciar a importância da confiança na determinação das relações com os prestadores de serviços de saúde (médicos e instituição);

2. Caracterização da Amostra

O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, constituída por 458 participantes voluntários. Do seu total 245 (53.5%) são do sexo feminino e 213 (46.5%) do sexo masculino. As idades variam entre os 15 e os 88 anos, sendo a média de idades de 37.61 (DP=16.06).

No que respeita ao estado civil, a amostra divide-se entre 221 (48.3%) de respondentes solteiros, 188 (41.0%) casados ou em união de fato, 38 (8.3%) divorciados e apenas 11 (2.4%) viúvos. Relativamente ao número de filhos 217 (47.4%) dos respondentes não têm filhos, enquanto que os restantes 241 (52.6%) têm um ou mais filhos. O valor mínimo apresentado neste item foi de um filho e o máximo foi de cinco filhos.

As habilitações académicas variaram, particularmente, entre o Ensino Secundário e Licenciatura. 138 (30.1%) dos inquiridos são licenciados, enquanto que a maioria de 265 (57.9%) completou o ensino superior. 30 (6.6%) dos inquiridos completaram o ensino básico e apenas 25 (5.5%) têm mestrado/doutoramento.

No que respeita ao sector do trabalho, 236 (51.5%) da amostra inquirida trabalha por conta de outrem. Quanto ao sector de atividade da empresa/organização que exercem

as suas atividades 201 (43.9%) revelam que se encontram vinculados profissionalmente a organizações do sector público.

Os rendimentos dos inquiridos incidem, sobretudo, entre os 501€ e 1000€ mensais. Contudo e muito embora 157 (34.3%) se tenham colocado neste patamar a maior percentagem – 173 (37.8%) - recaiu sobre “Não sabe/não responde”, o que vai ao encontro do facto de uma grande parte da amostra ter como ocupação Estudante.

Em suma, os inquiridos na amostra do estudo são predominantemente do sexo feminino, jovens, solteiros, com habilitações literárias pouco diversificadas, trabalhadores por conta de outrem ou estudantes e a exercer atividades no sector público.

O Quadro 2 sintetiza as principais informações caracterizadoras da amostra.

Quadro 2 - Caracterização da AmostraCaracterização da amostra ($N = 458$)

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	213	46.5
Feminino	245	53.5
Estado civil		
Solteiro	221	48.3
Casado/União de facto	188	41.0
Divorciado	38	8.3
Viúvo	11	2.4
Filhos?		
Sim	217	47.4
Não	241	52.6
Habilitações literárias		
Ensino Básico	30	6.6
Ensino Secundário	265	57.9
Licenciatura	138	30.1
Mestrado/Doutoramento	25	5.5
Ocupação		
Estudante	160	34.9
Estudante-trabalhador	26	5.7
Trabalhador por conta de outrem	236	51.5
Trabalhador por conta própria	8	1.7
Trabalhador a tempo parcial	2	.4
Reformado	14	3.1
Desempregado	6	1.3
À procura do 1º emprego	4	.9
Outra	2	.4
Sector de actividade da empresa ou da organização		
Sector público	201	43.9
Sector privado	75	16.4
Terceiro sector (IPSS, ONG, Cooperativa...)	4	.9
Não sabe/Não responde	178	61.1
Rendimentos mensais		
Até 500€	20	4.4
Entre 501 e 1.000€	157	34.3
Entre 1.001 e 1.500€	72	15.7
Entre 1.501 e 2.000€	24	5.2
Mais de 2.000€	12	2.6
Não sabe/Não responde	173	37.8

3. Procedimento Metodológico

3.1 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados

O presente trabalho de investigação é de natureza predominantemente exploratória.

Para o desenvolvimento e realização desta dissertação considerou-se relevante a realização de um levantamento bibliográfico sobre as temáticas em estudo. Para a recolha de dados aplicou-se a metodologia de inquérito por questionário estruturado (Anexo 6). O questionário encontrava-se estruturado em diversas partes, tendo sido tidos em conta fatores como a importância da forma como são colocadas as questões, a abordagem aos inquiridos e a forma de participação dos mesmos, visando a garantia da participação, fiabilidade e preenchimento dos mesmos (Carmo & Ferreira, 1988).

O questionário encontrava-se acompanhado por um breve texto de apresentação (Anexo 7), onde foi explicada a importância e os objetivos do estudo. Neste mesmo texto foram dadas garantias de anonimato das respostas e de confidencialidade no tratamento dos dados.

Os questionários foram distribuídos entre os meses de junho e agosto de 2015⁵ e optou-se pela sua distribuição/aplicação por duas vias:

- presencialmente em formato papel, dentro de um envelope não identificado (os inquiridos utilizaram o respetivo envelope para proceder à devolução do questionário devidamente preenchido. Por indicação no ato da distribuição dos questionários, os envelopes eram devolvidos fechados e sem qualquer identificação pessoal) e
- via *online* (através da ferramenta *Google Forms*⁶).

⁵ Considerando-se não haver uma data de conveniência para a distribuição dos questionários e considerando que as datas em que a distribuição seria realizada não influenciariam os resultados procedeu-se à distribuição dos mesmos aquando o início de trabalhos.

⁶ Ferramenta disponibilizada pela *Google* que permite a criação, edição e distribuição de questionários por *email* ou pela partilha do endereço electrónico/ *link*.

A segunda via, embora se pressuponha que a maioria das pessoas atualmente prefere as novas tecnologias, revelou-se menos eficiente uma vez que dos 458 questionários respondidos apenas 21 foram respondidos *online*.

A distribuição do questionário foi feita aleatoriamente uma vez que não nos interessava focar num determinado público-alvo. A prática da técnica *snowball*⁷ contribui para o sucesso do número de respostas.

Posteriormente, os dados foram exportados e submetidos a uma análise estatística através do *software* SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*.

As escalas seleccionadas para incorporarem o questionário na seção destinada à avaliação das variáveis teóricas foram inicialmente traduzidas e adaptadas para português de modo a serem usadas no estudo em questão.

O questionário usado na recolha de dados encontra-se organizado em três partes, sendo que:

I Parte – Constituiu-se por questões de caracterização da amostra, para recolha de dados demográficos dos inquiridos, sobre a sua situação profissional e ainda questões relacionadas com o sexo, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, ocupação, profissão, sector de atividade em que trabalha, entre outras.

II Parte⁸ - nesta parte do questionário são apresentados dez itens (cf. Tabela 1, Anexo 8) destinados a avaliar a primeira variável teórica do estudo – a confiança/desconfiança disposicional. Este instrumento foi desenvolvido por MacDonald, Kessel, e Fuller (1972) e traduzido e adaptado para português por Cerdeira (2010b). As respostas foram codificadas numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que (1) significa “Discordo fortemente” e (7) significa “Concordo fortemente”. A cotação das respostas aos itens 2, 4, 5, 8 e 10 foram invertidas, para

⁷ “Amostragem *Snowball*: Um grupo inicial de inquiridos é escolhido aleatoriamente. Depois do inquérito feito é pedido a cada elemento da amostra que identifique outros que pertençam à mesma população alvo de interesse. Os inquiridos seguintes são escolhidos com base nas referências dadas! Este processo pode ser repetido as vezes que forem necessárias, levando ao efeito bola de neve. (...) O maior objectivo deste tipo de amostragem é “estimar” características raras na população” Hall (2007, p. 15).

⁸ identificada no questionário – Anexo 5 – como Iª Parte (cf Anexo5)

efeito de cálculo do total das duas subescalas. Na sequência de uma análise fatorial exploratória, os itens 1 e 10 foram eliminados no cálculo dos somatórios das subescalas de confiança (itens 3, 6, 7 e 9) e desconfiança disposicional (itens 2, 4, 5 e 8) (Cerdeira, 2010b).

III Parte⁹ - Nesta seção do questionário procedeu-se à avaliação da confiança no Médico de Família (Questões 11-21, Tabela 2, Anexo 8), tendo para o efeito sido usada a Escala de Confiança no Médico construída por Anderson e Dedrick (1990) e usada, entre outros autores por Thom, Ribisl, Stewart, e Luke (1999). As respostas foram codificadas numa escala *Likert* de sete pontos, variando entre “Discordo fortemente” (1) e “Concordo fortemente” (7). A cotação dos itens correspondentes à avaliação da desconfiança no Médico de Família foram invertidos (itens 1, 5, 7 e 11). Já depois de se ter procedido à tradução e adaptação para português da escala original de Thom *et al.* (1999) e de se ter procedido à recolha dos dados, foi identificada uma outra tradução da referida escala para português (Pereira *et al.*, 2013), a qual infelizmente não pode ser usada.

IV Parte¹⁰ - Os itens 22 ao 26 foram construídos para caracterizar a forma como os inquiridos se relacionam com o seu Médico de Família, constituindo questões especificamente concebidas para a concretização dos objetivos deste estudo.

Posteriormente os itens 27 ao 32 (cf. Tabela 3, Anexo 8), cujas respostas estão codificadas numa escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos em que (1) significa “Completamente Insatisfeito” e (7) significa “Completamente Satisfeito”, avaliam a satisfação dos utentes com a relação com Médico de Família de acordo com o instrumento de Lee e Lin (2011). Os itens foram traduzidos e adaptados livremente para português, para ajustar os seus conteúdos aos objetivos do presente estudo.

As sete questões que se seguem (33-39) foram construídas para a concretização dos objetivos deste estudo e procuram avaliar o comportamento dos utentes após cada consulta com o seu Médico de Família.

⁹ identificada no questionário – Anexo 5 – como IIª Parte (cf Anexo5)

¹⁰ identificada no questionário – Anexo 5 – como IIIª Parte (cf Anexo5)

Os seguintes itens (do 40 ao 42, Tabela 4, Anexo 8) avaliam a opinião dos inquiridos sobre os serviços de saúde prestados pelo estado. Estes itens têm por base uma adaptação muito livre de alguns itens extraídos da Escala de Confiança nas Instituições de Cuidados de Saúde, construída por Dinç, Korkmaz, e Karabulut (2013). As respostas foram codificação numa escala *Likert* de 7 pontos, em que (1) significa “Discordo fortemente” e (7) significa “Concordo fortemente”. Por fim, as questões que se seguem e que findam o questionário (Item 43- *Em relação ao tratamento dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde coloca as necessidades médicas dos utentes acima de todos os outros interesses, incluindo os financeiros* e Item 44 - *Confio no Serviço Nacional de Saúde*) foram construídas para complementar a avaliação da Confiança no Serviço Nacional de Saúde.

4. Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram tratados e organizados através da 21ª versão do programa informático *Satistical Package for Social Sciences* (SPSS). O programa foi ainda usado para cálculo das estatísticas descritivas, de testes ANOVA e *t de Student*, para avaliar a existência de eventuais diferenças significativas nas médias das variáveis e, finalmente, com o objetivo de avaliar a eventual associação entre variáveis, recorreu-se ainda ao cálculo de correlações lineares de *Pearson*.

No decorrer deste capítulo, os dados recolhidos serão descritos e analisados de acordo com os testes realizados e supra mencionados e de acordo com as variáveis que, ao longo deste trabalho, nos propusemos avaliar. Os resultados das análises de dados relativos às escalas utilizadas serão apresentados através de Quadros.

4.1 Estatísticas Descritivas

4.1.1 Confiança e desconfiança disposicional

No Quadro 3 apresentam-se as estatísticas descritivas relativas às respostas dadas aos itens da escala de avaliação da confiança/desconfiança disposicional de MacDonald, *et al.* (1972). Dos dez itens da escala original, para este estudo, foram eliminados os itens 1 e 10, pelo facto dos mesmos saturarem num terceiro fator distinto dos restantes (Cerdeira, 2010c), do que resultou a organização dos dados em duas escalas, uma referente à avaliação da confiança disposicional (itens 3, 6, 7 e 9) e outra relativa à avaliação da desconfiança disposicional (itens 2, 4, 5 e 8).

Quadro 3 - Escalas de Confiança e Desconfiança Disposicional

Valores da média e desvio padrão dos itens das Escalas de Confiança e Desconfiança Disposicional (N=458)

	M	DP
ConfDisp03_Sou uma pessoa que confia mais por comparação com a média das outras pessoas à minha volta.	4.02	1.67
ConfDisp06_Tenho fé na natureza humana.	4.94	1.50
ConfDisp07_Sinto que se pode contar que as outras pessoas vão fazer aquilo que dizem.	4.31	1.46
ConfDisp09_Sou uma pessoa que acredita nas promessas ou nas afirmações que as outras pessoas fazem.	4.37	1.51
DescDisp02_Confio menos nas pessoas que o cidadão comum.	3.90	1.64
DescDisp04_Tenho suspeitas sérias sobre as verdadeiras intenções que motivam as pessoas.	4.26	1.56
DescDisp05_Confio menos que a maioria das pessoas que conheço.	3.87	1.65
DescDisp08_Tenho a sensação que as outras pessoas apenas querem ganhar para si o máximo que puderem.	5.10	1.49

Pela leitura do Quadro 3 pode verificar-se que relativamente às características disposicionais que propiciam a confiança, compreendidas pelos itens *ConfDisp03*, *ConfDisp06*, *ConfDisp07* e *ConfDisp09*, o valor da média mais alta verificou-se no item “*ConfDisp06_Tenho fé na natureza humana*”, com uma média de 4.94 (DP=1.50) e o item com média mais baixa foi o item “*ConfDisp03_Sou uma pessoa que confia mais por comparação com a média das outras pessoas à minha volta*” com uma média de 4.02 (DP=1.67). Na escala de avaliação desconfiança disposicional estão incluídos os itens *DescDisp02*, *DescDisp04*, *DescDisp05* e

DescDisp08, sendo o valor da média mais alto no item “*DescDisp08_Tenho a sensação que as outras pessoas apenas querem ganhar para si o máximo que puderem*” com uma média de 5.10 (DP=1.49) e o item com média mais baixa o item “*DescDisp05_Confio menos que a maioria das pessoas que conheço*” com uma média de 3.87 (DP=1.65).

De um modo geral, as médias das respostas ao conjunto dos itens situa-se mais ou menos em torno do valor 4, o qual numa escala *Likert* de sete pontos corresponde “Não discordo nem concordo”, o que nos permite supor que os sujeitos da amostra não apresentam acentuadamente uma disposição particular para a desconfiança ou para a confiança.

4.1.2 Confiança e Desconfiança no Médico de Família

A escala de confiança no Médico de Família usado neste estudo foi adaptada a partir da escala de Anderson e Dedrick (1990, Thom, *et. al.*, 1999), embora com alguns ajustes. A escala original é composta por onze itens, organizados em três dimensões: a) confiança no médico, b) confiança no conhecimento e competências do médico e c) confidencialidade das informações fornecidas ao médico. Os itens 1, 5, 7 e 11 são de cotação invertida para permitir a obtenção de um valor total da escala, no sentido de um maior resultado indicar uma maior confiança. No caso deste estudo, e tomando por referência a noção de que a desconfiança pode ser uma dimensão diferente da dimensão confiança (Cerdeira, 2010b), adotou-se um modelo de organização dos itens em duas dimensões diferentes: a primeira referente à avaliação da confiança no Médico de Família (Itens 2, 3, 4, 6, 8, 9 e 10) e a outra relativa à avaliação da desconfiança no Médico de Família (Itens 1, 5, 7, 11). Nestas circunstâncias, não foi necessário proceder à inversão das respostas dadas aos itens 1, 5, 7, e 11, já que a escala original passou a ser entendida em função de uma outra referência teórica (Cerdeira, 2015).

Quadro 4 - Escalas de Confiança e Desconfiança no Médico de Família

Valores da média e desvio padrão dos itens das Escalas de Confiança e Desconfiança no Médico de Família (N=458)

	M	DP
ConfDr02_O meu médico de família tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro lugar.	4.42	1.68
ConfDr03_Confio de tal modo no meu médico de família que sigo sempre os seus conselhos.	4.67	1.63
ConfDr04_Quando o meu médico de família me diz alguma coisa, então é porque é mesmo assim como ele diz.	4.47	1.57
ConfDr06_Quando me presta assistência médica, confio na avaliação do meu médico de família sobre do meu estado de saúde.	5.13	1.45
ConfDr08_Acredito que o meu médico de família é capaz de colocar as minhas necessidades médicas acima de todas as outras questões que se possam levantar quando me trata de um problema de saúde.	4.56	1.59
ConfDr09_O meu médico de família é um autêntico perito quando me presta cuidados médicos para os meus problemas de saúde.	4.37	1.60
ConfDr10_Eu confio no meu médico de família se vier a ser necessário dizer-me que foi cometido um erro num tratamento que me tenha sido prestado.	4.33	1.64
DesconfDr01_Duvido que o meu médico de família se preocupe comigo enquanto pessoa.	3.47	1.93
DesconfDr05_Às vezes desconfio da opinião do meu médico de família e fico a desejar obter uma segunda opinião.	4.31	1.76
DesconfDr07_Sinto que o meu médico de família não faz tudo o que devia para me dar assistência médica.	3.45	1.82
DesconfDr11_Às vezes fico preocupado quando me ponho a pensar que o meu médico de família pode não respeitar o sigilo das informações que lhe dou em privado.	3.16	1.79

No Quadro 4 são apresentadas as estatísticas descritivas destas duas subescalas. Em relação à confiança nos Médicos de Família (MF), são sete os itens - ConfDr02, ConfDr03, ConfDr04, ConfDr06, ConfDr08, ConfDr09 e ConfDr10 - sendo que o item com a média mais elevada é o “*ConfDr06_Quando me presta assistência médica, confio na avaliação do meu médico de família sobre do meu estado de saúde*”, com um valor de 5.13 (DP=1.45). O item com valor mais baixo é o “*ConfDr10_Eu confio no meu médico de família se vier a ser necessário dizer-me que foi cometido um erro num tratamento que me tenha sido prestado*”, com uma média de 4.33 (DP=1.64). De salientar que os

valores apresentados são bastantes positivos e todos acima do valor médio (4) da escala de *Likert*.

Relativamente à avaliação da desconfiança nos Médicos de Família os itens associados são DesconfDr01, DesconfDr05, DesconfDr07 e DesconfDr11, sendo que o item que apresentou um valor médio mais alto foi “*DesconfDr05_Às vezes desconfio da opinião do meu médico de família e fico a desejar obter uma segunda opinião*” com uma média de 4.31 (DP=1.76). Com o valor mais baixo destacou-se o item “*DesconfDr11_Às vezes fico preocupado quando me ponho a pensar que o meu médico de família pode não respeitar o sigilo das informações que lhe dou em privado*” com a valoração média de 3.16 (DP=1.79).

Ao contrário das questões relacionadas à avaliação da confiança nos Médicos de Família, os valores dos inquiridos à escala da desconfiança no MF concentram-se ligeiramente abaixo do valor médio da escala (4 – Não discordo nem concordo) de *Likert*. Esta informação permite-nos afirmar que há uma desconfiança nas relações entre os inquiridos e os Médicos de Família. Os valores da desconfiança no MF são mais elevados do que os valores atribuídos à confiança.

4.1.3 Satisfação com o Médico de Família

O Quadro 5 apresenta os valores da média e desvio padrão dos seis itens de avaliação da satisfação para com a visita ao Médico de Família, decorrentes da tradução e adaptação para português das questões originais de Lee e Lin (2011). De entre os itens 27, 28, 29, 30, 31 e 32 do questionário destaca-se o item “*SatsMedFam05_Os serviços de saúde complementares aos prestados pelo médico de família (por exemplo, serviços de enfermagem....)*” com o valor da média mais elevado 5.18 (DP=1.33). Neste grupo de itens aquele que apresentou um valor mais baixo foi o item “*SatsMedFam01_O tempo gasto com a consulta*” com uma média de 4.43 (DP=1.66).

Quadro 5 - Escala de Satisfação com o Médico de Família

Valores da média e desvio padrão dos itens da Escala de Satisfação com o Médico de Família (N=458)

	M	DP
SatsMedFam01_O tempo gasto com a consulta...	4.43	1.66
SatsMedFam02_As explicações dadas pelo seu médico de família sobre o seu estado de saúde...	4.94	1.49
SatsMedFam03_As competências técnicas do seu médico de família	5.15	1.43
SatsMedFam04_As competências relacionais do seu médico de família	5.14	1.49
SatsMedFam05_Os serviços de saúde complementares aos prestados pelo médico de família (por exemplo, serviços de enfermagem....)	5.18	1.33
SatsMedFam06_Os serviços de recepção e de acompanhamento do Centro de Saúde	4.77	1.54

No que diz respeito à satisfação dos inquiridos com a consulta ao Médico de Família, todas as respostas aos itens apresentam uma média acima do valor médio de 4 na escala *Likert* de codificação das respostas, o que nos leva a sugerir que a satisfação com os serviços prestados, as competências técnicas e relacionais com estes profissionais de saúde é genericamente positiva.

4.1.4 Confiança no Serviço Nacional de Saúde

Tomando por referência uma escala construída por Dinç, Korkmaz e Karabulut (2013) foram traduzidos e adaptados para português os três itens da subescala de confiança nas instituições de cuidados de saúde para a realização dos objetivos deste estudo (itens *SNS01*, *SNS02* e *SNS03*). A estes três itens foram acrescentados outros dois: “*SNS04 _Em relação ao tratamento dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde coloca as necessidades médicas dos utentes acima de todos os outros interesses, incluindo os financeiros*” e “*SNS05_ Confio no Serviço Nacional de Saúde*”. Num estudo realizado por Cerdeira (2015), uma análise fatorial exploratória pelo método dos eixos principais com rotação varimax permitiu encontrar uma solução fatorial com dois fatores com valores próprios superiores à unidade e capazes de explicar 73.8% da variância total. O primeiro fator inclui os itens 3, 4 e 5 (Confiança no Serviço Nacional de Saúde) e o segundo agrega os itens 1 e 2 (Desconfiança no Serviço Nacional de Saúde).

Quadro 6 - Escala Confiança no Serviço Nacional de Saúde

Valores da média e desvio padrão dos itens da Escala Confiança no Serviço Nacional de Saúde (N=458)

	M	DP
DesconfSNS01_O Serviço Nacional de Saúde só está preocupado em reduzir os custos com a prestação de cuidados de saúde dos cidadãos.	5.02	1.78
DesconfSNS02_O Serviço Nacional de Saúde não se preocupa com o estado de saúde dos cidadãos.	4.51	1.83
ConfSNS03_O Serviço Nacional de Saúde presta cuidados de saúde de elevada qualidade.	4.10	1.69
ConfSNS04_Em relação ao tratamento dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde coloca as necessidades médicas dos utentes acima de todos os outros interesses, incluindo os financeiros.	3.41	1.71
ConfSNS05_Confio no Serviço Nacional de Saúde.	4.21	1.68

Pela leitura do Quadro 6 pode atestar-se que os valores mais altos das médias registaram-se nos itens de avaliação da desconfiança: “*DesconfSNS01_O Serviço Nacional de Saúde só está preocupado em reduzir os custos com a prestação de cuidados de saúde dos cidadãos*” e “*DesconfSNS02_O Serviço Nacional de Saúde não se preocupa com o estado de saúde dos cidadãos*” e os valores mais baixos nos restantes itens, o que sugere que os sujeitos da amostra estudada tendem para a desconfiança no SNS.

4.2 Testes *t* de Student

Depois de realizadas as estatísticas descritivas, procurou-se avaliar eventuais diferenças nos valores das médias (e desvios-padrão) nas variáveis teóricas em função de outras variáveis relevantes para a concretização dos objetivos do estudo. As sucessivas análises apenas identificaram diferenças estatisticamente significativas quando se compararam as médias relativas à confiança no Médico de Família em função de ter ou não consultado outros serviços de saúde.

Os resultados, como podemos constatar no Quadro 7, parecem sugerir que as pessoas que confiam no Médico de Família tendem a não consultar serviços de saúde alternativos no intervalo dos últimos 12 meses.

Quadro 7 - Confiança no Médico de Família Vs consulta de outros serviços de saúde nos últimos 12 meses

Valores do *t* de *student* relativos à comparação das médias e desvios-padrão da Escala de Confiança no Médico de Família em função de ter ou não consultado outros serviços de saúde nos últimos 12 meses (N=458)

	Consultou outros serviços saúde (últimos 12 meses)?	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Total confiança médico família	Não	152	33.78	8.82	3.072	.002*
	Sim	306	31.05	9.00		

* $p < .005$

Na sequência destes dados, é relevante procurar descrever e caracterizar a relação dos sujeitos da amostra com o seu Médico de Família. Pela consulta do Quadro 8 podemos constatar que a) dos 458 sujeitos da amostra, apenas 402 declarou ter Médico de Família, pelo que as análises apenas incidem sobre estes; b) os que têm Médico de Família têm-no em média há 13.70 anos (DP=10.40), tendo tido nesses anos em média cerca de 2.209 médicos diferentes (DP=.93); c) em média, as pessoas consultaram 1.98 vezes o seu Médico de Família nos últimos 12 meses e 3.47 outros serviços de saúde. Estes dados sugerem que a maioria das pessoas possui um Médico de Família, o qual consulta com regularidade (mais ou menos de 6 em 6 meses) num período de tempo alargado (13 anos) e que, em simultâneo, também consulta outros serviços de saúde – com uma frequência superior. É com base nestes elementos que os sujeitos da amostra constroem uma relação de confiança com o seu Médico de Família (e com outros serviços de saúde).

Os testes *t* de *Student* não identificaram diferenças estatisticamente significativas quando se comparam as médias do total desconfiança disposicional, total confiança disposicional, total desconfiança Médico Família, total confiança Médico Família, total satisfação com Médico Família, total confiança SNS, total desconfiança SNS em função do sexo, do facto de ter ou não filhos, de ter ou não Médico Família e do ter ou não mudado de Médico Família.

Quadro 8 - Desvio padrão questões de investigação.

Valores da média e do desvio padrão relativas às respostas dadas às questões de investigação

	M	DP	N
Há quantos anos tem médico de família?	13.70	10.40	402
Quantos médicos família já teve?	2.29	.93	262
Quantas consultas teve com o médico família (nos últimos 12 meses)?	1.98	2.31	421
Quantas vezes consultou outros serviços saúde (nos últimos 12 meses)?	3.47	3.20	313

De igual modo, também os testes ANOVA não identificaram diferenças estatisticamente significativas quando se comparam as médias do total desconfiança disposicional, total confiança disposicional, total desconfiança Médico Família, total confiança Médico Família, total satisfação com Médico Família, total confiança SNS, total desconfiança SNS em função do estado civil, das habilitações académicas, da ocupação, do sector de atividade e dos rendimentos mensais.

Por último, há ainda a registar que não se identificou nenhuma correlação significativa entre a idade, o número de filhos do agregado familiar e o número de anos de trabalho com as variáveis teóricas de investigação

4.3 Análises Correlacionais

Com o intuito de perceber em que medida as respostas às questões de investigação estão ou não associadas às variáveis teóricas tidas em consideração, procedeu-se à análise estatística dos coeficientes de correlação (de *Pearson*).

Os Quadros 9 e 10 apresentam os resultados das correlações de *Pearson* entre as escalas de avaliação da Confiança e da Desconfiança Disposicional, da Confiança e da Desconfiança no Médico de Família, da Confiança e da Desconfiança no Serviço Nacional de Família e da Satisfação com o Médico de Família e entre as escalas de avaliação da Confiança e da Desconfiança e as questões de investigação.

Como se pode verificar pela leitura do Quadro 9, podem identificar-se vários valores de correlação estatisticamente significativos (para valores de $p < .01$ e $p < .05$), dos quais se destacam os seguintes:

- a) Quanto maior for a disposição para a desconfiança, maior é a desconfiança em relação ao Médico de Família e maior é também a desconfiança em relação ao Serviço Nacional de Saúde, o que parece sugerir que as pessoas desconfiadas, tendem a desconfiar dos serviços de saúde prestados pelo médico de saúde e pela instituição representada pelo SNS;
- b) Por sua vez os indivíduos com maior disposição para confiar tendem a confiar no Médico de Família e a desconfiar do SNS, o que parece sugerir pela não existência de uma simetria em relação aos indivíduos com disposição para a desconfiança e, nesse sentido, e ainda que as pessoas dispostas à confiança tendem a preferir a relação com o Médico de Família e a expressar satisfação pela mesma;
- c) As pessoas que desconfiam do Médico de Família tendem a sentir-se também menos satisfeitas com a relação com o referido médico e a confiar mais no Serviço Nacional de Saúde;
- d) As pessoas que confiam no Médico de Família tendem a desconfiar do Serviço Nacional de Saúde e a expressar satisfação com a relação com o seu Médico de Família;
- e) A satisfação com a relação mantida com o Médico de Família está diretamente associada com a confiança depositada no Médico de Família e com a confiança disposicional;

Quadro 9 - Correlação de *Pearson* entre as escalas de avaliação

Valores das correlações de *Pearson* entre as escalas de avaliação da Confiança e da Desconfiança Disposicional, da Confiança e da Desconfiança no Médico de Família, da Confiança e da Desconfiança no Serviço Nacional de Família e da Satisfação com o Médico de Família (N=458)

	Total Desconf Disposic	Total Conf Disposic	Total Desconf MedFam	Total Conf MedFam	Total Satisf MedFam	Total Conf SNS	Total Desconf SNS
Total Desconfiança Disposicional	-						
Total Confiança Disposicional	-.166**	-					
Total Desconfiança médico família	.202**	-.041	-				
Total Confiança médico família	.076	.217**	-.434**	-			
Total Satisfação com médico família	.013	.124**	-.447**	.728**	-		
Total Confiança SNS	.171**	-.039	.234**	-.095*	-.040	-	
Total Desconf SNS	-.068	.164**	-.137**	.167**	.212**	-.312**	-

** p < .01 * p < .05

f) quanto maior é a desconfiança no Médico de Família, maior é a confiança no Serviço Nacional de Saúde e, complementarmente, quanto maior for a confiança no Médico de Família, maior é a desconfiança no Serviço Nacional de Saúde, ou seja, parece que quem confia no Médico de Família tende a desconfiar do SNS e que quem confia no SNS tende a desconfiar do Médico de Família – o que não deixa de ser curioso!

Face aos resultados expostos podemos sugerir como conclusão que os Médicos de Família tendem a atrair pessoas mais dispostas à confiança e pessoas mais confiadas enquanto que o Serviço Nacional de Saúde tende a atrair utentes com uma maior disposição para a desconfiança ou pessoas que desconfiam dos Médicos de Família.

Por sua vez, e a respeito da leitura do conjunto de resultados apresentados no Quadro 10 sobre as correlações de *Pearson* entre o conjunto das escalas de avaliação da confiança e da desconfiança e as questões de investigação, podem sugerir-se as seguintes conclusões:

a) os indivíduos com disposição para a desconfiança tendem a procurar uma segunda opinião para confirmar as indicações do Médico de Família ($r = .20, p < .01$), tendem a ficar mais confusos acerca das indicações transmitidas pelo Médico de Família ($r = .16, p < .01$), tendem a ir à internet para confirmar as indicações do Médico de Família ($r = .17, p < .01$) e tendem a ficar com mais dúvidas sobre se Médico de Família percebeu ou não os seus problemas de saúde ($r = .20, p < .01$);

b) em contrapartida aqueles com maior disposição para a confiança tendem a seguir mais as indicações dadas pelo Médico de Família ($r = .14, p < .01$), tendem a adquirir a medicação prescrita pelo Médico de Família ($r = .15, p < .01$) e tendem a declarar uma maior compreensão dos seus problemas de saúde ($r = .17, p < .01$);

c) as pessoas que desconfiam mais do Médico de Família tendem a seguir menos as indicações do médico, a adquirir menos os medicamentos prescritos, a declarar que percebem menos os seus problemas de saúde, a procurarem uma segunda opinião, a declararem sentir-se confusas e cheias de dúvidas, a procurarem esclarecimentos na

internet, denotando um perfil de comportamentos quase simétrico ao do perfil comportamental daqueles que declaram confiar no Médico de Família.

d) Comparando os valores das correlações nas colunas de “Desconfiança médico família” e “Confiança médico família”, é de destacar que ao item com o valor mais baixo na Desconfiança Médico Família ($r = -.39$, $p < .01$) corresponde o item com o valor mais alto na escala da Confiança médico família ($r = .64$, $p < .01$) - “*Quest03_...fico a perceber muito melhor os meus problemas de saúde*” - e vice versa, que ao item com o valor mais alto na coluna de dados da escala da Desconfiança no Médico Família ($r = .58$, $p < .01$) corresponde o item com o valor mais baixo na coluna de dados da escala da Confiança Médico Família ($r = .42$, $p < .01$) - “*Quest07_...fico com dúvidas sobre se o meu médico de família percebeu ou não os meus problemas de saúde*”, o que acentua o que anteriormente foi notado;

e) os utentes que mais satisfeitos estão com os seus Médicos de Família tendem a procurar menos vezes uma segunda opinião para confirmar o diagnóstico do Médico Família ($r = -.33$, $p < .01$), tendem a seguir as indicações dadas ($r = -.64$, $p < .01$), a adquirir os medicamentos prescritos ($r = .50$, $p < .01$), declarando que ficam a perceber muito melhor os seus problemas de saúde ($r = .71$, $p < .01$);

f) aqueles que mais confiam no Sistema Nacional de Saúde tendem a declarar-se mais confusos ($r = .18$, $p < .01$), a recorrer mais à internet ($r = .15$, $p < .01$) e a expressar mais dúvidas ($r = .18$, $p < .01$), acabando por procurar uma segunda opinião ($r = .18$, $p < .01$);

g) por sua vez os que mais desconfiam no Serviço Nacional de Saúde tendem a canalizar mais as suas ações para um relacionamento de confiança com o Médico de Família, seguindo as indicações deste ($r = .13$, $p < .01$), adquirindo os medicamentos prescritos ($r = .12$, $p < .01$) e a declarar que ficam a perceber melhor os seus problemas de saúde ($r = .24$, $p < .01$);

h) especificamente, a procura de uma segunda opinião está diretamente associada à desconfiança no Médico de Família e inversamente associada à confiança no referido

médico, o que sugere que as pessoas que mais confiam no Médico de Família são as que menos procuram uma segunda opinião.

Quadro 10 - Valores das correlações de *Pearson* entre as escalas de avaliação da Confiança e da Desconfiança e as questões de investigação

(N=458)	Total Desconf Disposic	Total Conf Disposic	Total Desconf médico família	Total Conf médico família	Total Satisf médico família	Total Conf SNS	Total Desconf SNS
Quest01_...sigo as indicações dadas pelo meu médico de família.	.013	.137**	-.284**	.589**	.640**	-.002	.134**
Quest02_...passo por uma farmácia para adquirir todos os medicamentos prescritos pelo meu médico de família.	-.023	.151**	-.247**	.458**	.503**	.032	.120**
Quest03_...fico a perceber muito melhor os meus problemas de saúde.	-.059	.174**	-.386**	.635**	.707**	-.018	.238**
Quest04_...procuro uma segunda opinião, para confirmar o que o meu médico de família me disse.	.204**	.030	.480**	-.317**	-.325**	.175**	.001
Quest05_...fico confuso sobre o que é que o meu médico de família me disse.	.164**	.052	.390**	-.241**	-.263**	.176**	.037
Quest06_...vou à internet confirmar o que o meu médico de família disse.	.166**	-.016	.375**	-.241**	-.253**	.149**	-.045
Quest07_...fico com dúvidas sobre se o meu médico de família percebeu ou não os meus problemas de saúde.	.196**	-.003	.576**	-.424**	-.442**	.175**	-.058

** p < .01

O último quadro deste capítulo (cf Quadro 11) apresenta os valores de correlação entre as médias das respostas dadas às medidas das variáveis teóricas e alguns comportamentos específicos registados pelas questões de investigação. Após a análise dos dados podemos sugerir que:

- a) o número de anos de manutenção da relação com o Médico de Família está diretamente associado à confiança no Médico de Família ($r=.13$, $p<.05$) e à satisfação com essa relação ($r=.10$, $p<.05$);
- b) a mudança de Médico de Família está diretamente associada à desconfiança com o Médico de Família ($r=.17$, $p<.01$) e inversamente com a satisfação ($r=-.13$, $p<.05$);
- c) O número de vezes que se consulta o Médico de Família está inversamente associado à desconfiança do médico ($r=-.15$, $p<.01$) e diretamente associado à confiança no médico ($r=.16$, $p<.01$);
- d) O número de vezes que se consulta o Médico de Família está diretamente associado à desconfiança no Serviço Nacional de Saúde ($r=.11$, $p<.05$).

Quadro 11 - Correlações de *Pearson* entre as questões de investigação e as Escalas de Confiança e Desconfiança no MF e no SNS

Valores das correlações de *Pearson* entre as questões de investigação e as Escalas de Confiança e Desconfiança no Médico de Família e no Serviço Nacional de Saúde

	Há quantos anos tem médico de família?	Quantos médicos família já teve?	Quantas consultas teve com o médico família (nos últimos 12 meses)?	Quantas vezes consultou outros serviços saúde (nos últimos 12 meses)?
Total Desconfiança médico família	-.006	.174**	-.152**	-.011
Total Confiança médico família	.128*	-.101	.160**	-.052
Total Satisfação com médico família	.100*	-.127*	.149**	-.054
Total Desconfiança SNS	.017	-.092	.106*	-.032
Total Confiança SNS	.031	-.018	-.021	.049

* $p < .05$ ** $p < .01$

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

5.1 Conclusões

Estudar a temática confiança por si só é um desafio. Conjugar o seu estudo à percepção desta em assuntos tão específicos e pessoais como a saúde é ainda mais desafiante.

O presente estudo, constituído por uma amostra de conveniência composta por 458 inquiridos, teve como objetivo primordial entender e avaliar a confiança dos indivíduos nos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no seu Médico de Família e no Serviço Nacional de Saúde.

Os dados recolhidos revelaram ser um contributo significativo para a academia na medida em que o presente estudo para além de ter sugerido que a relação de confiança entre o utente e o Médico de Família é primordial e diretamente determinada pela confiança no médico. Esta relação de confiança promove diversos comportamentos, aqueles que mais confiam no seu Médico de Família são utentes mais satisfeitos, seguem mais as indicações do seu Médico de Família, são pessoas mais esclarecidas quanto ao seu estado de saúde e consultam menos outros serviços de saúde.

Os indivíduos que, por sua vez, não confiam nos seus Médicos de Família são aqueles que recorrem predominantemente ao Serviço Nacional de Saúde e que tendencialmente procuram mais segundas opiniões.

As pessoas que estão mais satisfeitas com o seu Médico de Família são também aquelas que revelam características pessoais próprias associadas a uma maior disposição para confiar. São também estas pessoas aquelas que recorrem em primeira instância ao seu Médico de Família evitando, muitas das vezes, a consulta a outros serviços de saúde (Hospitais – públicos ou privados; segundas opiniões médicas), o não seguimento de tratamento médico e a insegurança e desinformação.

Perante estes resultados torna-se relevante afirmar a necessidade de se investir nas relações de confiança entre os utentes e os seus Médicos de Família. Quando há este tipo de relação os utentes respeitam os tratamentos e seguem as prescrições médicas,

são pessoas mais confiantes e mais esclarecidas, o que num momento de vulnerabilidade relacionado a uma situação de doença pode ser vital à recuperação e sobrevivência do utente.

Para Blau (1964 citado em Fernandes, 2014, p. 90) “qualquer relação de troca social depende da existência de confiança e pressupõe um investimento de ambas as partes, com garantia de um retorno futuro”.

A revisão da literatura a que se procedeu no início deste estudo permitiu-nos perceber a complexidade do conceito confiança e permitiu-nos concluir que a confiança nos sistemas de saúde não é só uma preocupação apenas do nosso país. Houve vários autores que se destacaram, mas foi nos instrumentos propostos por MacFonald, Kessel e Fuller (1972), Thom, Risbil, Stewart e Luke (1999), Lee e Lin (2011) e Dinç, Korkmaz e Karabulut (2013) que o estudo se sustentou e foi através da adaptação e tradução destes que se construiu o questionário aplicado. Em relação à adaptação do instrumento de MacDonald *et al.* (1972) a uma amostra portuguesa, verificou-se que os resultados obtidos vão ao encontro de outros resultados alcançados pelos académicos em questão, sendo possível também verificar que as características de personalidade estão diretamente associadas à capacidade em confiar.

No que diz respeito à confiança no Médico de Família e aos comportamentos que advêm dessa relação de confiança os dados recolhidos vão ao encontro dos resultados apresentados por Thom *et al.* (1999) na sua teoria, tendo-se verificado que a elevados níveis de confiança nos Médicos de Família estão associados determinados comportamentos, dos quais se destacam em ambos os estudos a adesão à medicação e o respeito pelas recomendações do profissional de saúde.

Embora tenhamos tido conhecimento que este instrumento foi também traduzido para a língua portuguesa pelos autores Pereira *et al.* (2001), por questões de *timing* e da data da distribuição do questionário, foi considerado, traduzido e adaptado o instrumento original. Contudo é de salientar que estes autores procuram no seu estudo avaliar e enfatizar, também, a dinâmica relacional entre a confiança e a satisfação, tendo concluído que “quanto melhor é a satisfação, mais positivas são as

representações dos utentes em relação aos médicos e à medicina” (Pereira *et al.*, 2001, p.78-79).

Ainda sobre a satisfação dos inquiridos com o(s) Médico(s) de Família recorreu-se ao instrumento construído por Lee e Lin (2011), onde os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos resultados divulgados pelos autores: a relação de confiança e de satisfação entre os utentes é tanto maior quanto maior for a disposição para confiar. Esta dinâmica entre a confiança e a satisfação é essencial para que haja bons resultados na saúde.

Tendo em consideração a importância da manutenção de um relacionamento de confiança entre os utentes e os serviços de saúde e considerando que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um serviço exclusivo português esta questão foi avaliada através da aplicação de uma subescala dos autores Dinç *et al.* (2013). Os resultados obtidos em ambos os estudos permitem-nos sugerir que os indicadores da eficácia do relacionamento entre o utente, os prestadores de saúde e os serviços de saúde são fulcrais para a melhoria não só dos relacionamentos como da qualidade dos serviços prestados.

Em suma os resultados presentes, quer expostos por este estudo quer expostos pela literatura existente, salientam que as relações de confiança e de satisfação são essenciais ao futuro e que elas, especificamente quando falamos de saúde, podem ser cruciais em situações de “vida ou de morte”.

Quando as situações mudam e expõe a nossa vulnerabilidade cria-se incerteza. A incerteza na saúde é fatal. Criar confiança no sistema e reforçar a confiança nos relacionamentos com os prestadores de cuidados de saúde é essencial para reduzir a incerteza e ainda mais essencial ainda para garantir a qualidade dos resultados do sistema e para garantir a (boa) saúde dos utentes.

5.2 Limitações e Sugestões

Nenhum estudo é desprovido de limitações e este estudo não é exceção.

A primeira limitação encontra-se relacionada com a amostra do estudo e com o fato de esta ser uma amostra de conveniência. O Serviço Nacional de Saúde tem milhões de utentes e este estudo comporta apenas a opinião de algumas centenas, não sendo representativa de todo o Portugal. Embora haja esta discrepância e esta limitação pensamos que as sugestões produzidas não deixam de ser pertinentes.

A literatura existente também se revelou desafiante pois a maioria da literatura e dos instrumentos encontram-se na língua inglesa, o que revela a necessidade de mais estudos para a realidade portuguesa. Sendo o SNS um serviço criado pelo estado português torna-se ainda mais urgente adaptar os instrumentos a uma realidade tão portuguesa.

Dada a relevância do tema em estudo seria interessante a dinamização e expansão do estudo pelas diferentes áreas geográficas associadas às Administrações Regionais de Saúde, de modo a verificar se os resultados obtidos são condicionados por este fator.

Os resultados do presente estudo vão em grande parte ao encontro de outros estudos presentes na literatura, embora a literatura seja pouco variada, que salientam a importância de uma (boa) relação de confiança entre os utentes e os Médicos de Família, no entanto considera-se que este estudo pode induzir outras possibilidades de estudo interessantes para a literatura, nomeadamente:

- o que se passa com os indivíduos que não têm Médico de Família e porque optam por não ter Médico de Família?
- de que forma os meios em que se vivemos, a nossa localização geográfica e a nossa idade influenciam o nosso grau de confiança nos Médicos de Família?
- em que medida o nosso passado e o nosso histórico médico está relacionado com a (des)confiança nos Médicos de Família e/ou no Sistema Nacional de Saúde;

- de que modo a natureza da relação entre utentes e Médicos de Família é influenciada pelo rácio de utentes por médico?

Num futuro ainda mais próximo e tendo em conta aquilo que se espera da nossa e para a nossa sociedade considera-se, ainda, essencial aprofundar os diferentes perfis de pessoas desconfiadas e de pessoas confiadas de forma a promover melhor formas de relacionamento, quer com os prestadores de cuidados de saúde quer com os serviços que prestam esses cuidados. Numa sociedade em que os custos são determinantes, esta pode ser uma perspetiva que promova tanto o bem-estar social como o bem-estar económico.

O envelhecimento da população é também uma preocupação, sendo fundamental acompanhar as necessidades destas faixas etárias com maior atenção.

Encontramo-nos na era da tecnologia e na era da comunicação digital. O SNS tem ao longo do tempo procurado acompanhar esta tendência, procurando estar mais perto dos utentes, comunicando assiduamente através do seu *site* institucional¹¹ e através das redes sociais (*p.e. Facebook*¹²). Tendo em conta as necessidades dos utentes e visando promover a autonomia e a ideia de estar “ao serviço do cidadão e da saúde em Portugal” (Serviço Nacional de Saúde) foi criado em 2016 o Portal do Cidadão. De acordo com o site, a 01/02/2018, o portal já conta com mais de “7 milhões de acessos e 13 milhões de visualizações para uma ferramenta comunicacional atualizada diariamente, centrada no cidadão e assente em três pilares fundamentais: transparência; rigor e qualidade. Números expressivos que refletem a importância do Portal junto dos cidadãos”. Perante o exposto considera-se igualmente relevante perceber se estas ferramentas influenciam e de que forma influenciam a confiança no serviço de saúde e nos prestadores de cuidados de saúde.

Como conclusão desta dissertação espera ter-se gerado algum contributo para a compreensão dos conceitos proposto e da dinâmica relacional. Espera-se ainda que este trabalho seja uma fonte de informação e inspiração para trabalhos futuros.

¹¹ www.sns.gov.pt

¹² https://www.facebook.com/sns.gov.pt/?ref=br_rs

BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, F., Aguiar-Conraria, L., & Bação, P. (2016). *Crise e castigo: Os desequilíbrios e o resgate da economia portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, L. (2012). *A cidadania e o Serviço Nacional de Saúde*. (F. d.-U. Lisboa, Ed.) Obtido a 17 de setembro de 2016 de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9236/1/Cidadania%20e%20o%20SNS.pdf>
- Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- Amendoeira, J. (2009). Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. *Seminários temáticos políticas públicas e desigualdades*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Sociologia.
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-100
- Antunes, J. A. P. D. J. (2015). Crise económica, saúde e doença. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 267-277.
- Arnaut, D. A. (01 de fevereiro de 2016). Serviço Nacional de Saúde.
- Batista, R. L. (2010). Percepção de suporte organizacional, afeto positivo, afeto negativo e resiliência: Antecedentes da confiança do empregado na organização. Tese de mestrado. Uberlândia: Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Obtido a 1 de maio de 2017 de <http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17106>.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R., & Carreira, M. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: Reformar para novos sucessos* (2ª ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Borja-Santos, R. (20 de junho de 2014). Portugueses entre os europeus com mais medo de erros nos cuidados de saúde. *Publico*. [online] Obtido a 1 de maio de 2017 de www.publico.pt/2014/06/20/sociedade/noticia/portugueses-entre-os-europeus-com-mais-medo-de-erros-nos-cuidados-de-saude-1659814
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista de Saúde Portuguesa, Volume temático: 2*, 5-12.

- Butler Jr, J. K. (1983). Reciprocity of trust between professionals and their secretaries. *Psychological Reports*, 53(2), 411-416.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2016). *ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde*. Obtido de Direitos Sociais - Pelouro dos Direitos Sociais da Câmara Municipal de Lisboa. Obtido a 5 de agosto de 2016 de <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/253500/1/index.htm>.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. (12 de janeiro 2017). Em 2060, mais de 13% da população vai depender de cuidados de terceiros. *Público*. [online]. Obtido a 18 de setembro de 2017 de: <https://www.publico.pt/2017/01/12/sociedade/noticia/em-2060-mais-de-13-da-populacao-vai-depender-de-cuidados-de-terceiros-1757994>.
- Cardoso, M. (2011). A hora e o ano. *Público*. [online]. Obtido a 24 junho 2017 de: <https://www.publico.pt/2011/09/16/jornal/a-hora-e-o-ano-22975901>.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cerdeira, J. P. (2010a). O valor da confiança na definição da cultura organizacional. Algumas considerações gerais. *Revista Exedra*, 3, 125-134.
- Cerdeira, J. P. (2010b). Confiança, desconfiança e percepção da (não) confiabilidade. *Tese de doutoramento não publicada*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Cerdeira, J. P. (2010c). *Tradução e adaptação para português das escalas de confiança-desconfiança disposicionais de MacDonald et al. (1972)*. Estudos exploratórios. (Manuscrito não publicado).
- Cerdeira, J. P. (2015). *Análise factorial exploratória de uma versão portuguesa das escalas de confiança no médico de Anderson e Dedrick (1990) e de confiança nas instituições de cuidados de saúde de Dinç et al (2013)*. (Manuscrito não publicado).
- Costa, A. C. (2002). Promover a confiança em contextos organizacionais: Um imperativo nas práticas de gestão. In M. P. Cunha, & S. B. Rodrigues, *Manual de estudos organizacionais* (pp. 207 - 221). Lisboa: Editora RH.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.

- Cunha, M., André, S., Granado, J., Albuquerque, C., & Madureira, A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 289-293.
- Despacho n.º 200/2016. (7 de janeiro de 2016). *Diário da República n.º 4 - 2ª Série*, pp. 570 - 571.
- Dias, D., & Damião, H. B. P. (2010). *Liderança, confiança e desempenho organizacional percebido*. Tese de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Dinç, L., Korkmaz, F., & Karabulut, EB. (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a turkish patient population. *Social Indicators Research*, 113(1), 107-120.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido a 10 de junho de 2016 de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos portugueses - Perspetiva 2015*. Obtido a 13 de junho de 2016 de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>
- Economias. (2016). *Significado de Troika*. Obtido a 16 janeiro de 2017 de Economias: <https://www.economias.pt/significado-de-troika/>
- Eira, A. D. A. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Porto: Faculdade de Economia – Universidade do Porto.
- Felício, M. J. (2007). *Competências de gestão e desempenho organizacional percebido: Um estudo na indústria portuguesa*. Tese de doutoramento não publicada. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Fernandes, J. R. C. (2014). *Relações de confiança na organização e no superior hierárquico: o seu impacto no empenhamento organizacional*. Dissertação de Mestrado. Minho: Universidade do Minho
- Ferreira, G., & Pereira, M. (2014). Validação do questionário do comportamento planeado na diabetes: atividade física. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 409 - 426.
- Finuras, P. (2013). *O dilema da confiança. Teorias, estudos e interpretações* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Finuras, P. (2014). *Em quem confiamos? Valores culturais e (des)confiança nas instituições* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Ford, D. (2001). *Trust and knowledge management: The seeds of success*. Queen's School of Business, Centre for Knowledge-Based Enterprises.
- Fraga, L. A. (2011). *Portugal: Uma crise em várias frentes*. (C. -R. Lisboa, Ed.) Obtido a 17 de setembro de 2016 de http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/671/1/Portugal%20%20Uma%20crise%20em%20v%C3%A1rias%20frentes%20_2_.pdf.
- Garrido, D. (2012). *Impacto do financiamento na eficiência hospitalar*. Porto: Faculdade de Economia - Universidade do Porto.
- Guardani, F. (2008). *A relação entre os valores organizacionais, as práticas e a confiança dos clientes em organizações do setor de serviços*. Dissertação de Doutoramento. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Guedes, V. M., Figueiredo, M. H., & Apóstolo, J. L. (2016). Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: Da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 27-33.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79, 613 - 639..
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439.
- Hall, M. A., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review*, 59(3), 293-318.
- Holmes, J. G., & Rempel, J. K. (1989). Trust in close relationships. In C. Hendrick (Ed.), *Review of personality and social psychology, Vol. 10. Close relationships* (pp. 187-220). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hosmer, L. T. (1995). Trust: The connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of management Review*, 20(2), 379-403.
- Ianaguivara, C. M. G. D. A. (2011). *Confiança do empregado na organização: revalidação de instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Instituto de Psicologia. Obtida a 14 de julho de 2016 de: <http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17138>

- Lee, Y.-Y., Lin, J. L. (2011). How does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 85, 406-412.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester, England: John Wiley
- Lundâsen, S. (2002). Podemos confiar nas medidas de confiança?. *Opinião Pública*, 8(2), 304-327.
- Marques, P. R. (2013). *A confiança no serviço nacional de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa. Obtido a 02 de outubro de 2016 de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/7047>.
- MacDonald, A. P.; Kessel, V. S. & Fuller, J. B. (1972). Self-disclosure and two kinds of trust. *Psychological Reports*, 30, 143-148.
- Major, M. J. & Magalhães, A. (2013). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: Balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista Administração*, 49, 3, 476-490.
- Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709-734.
- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Muirhead, V. E., Marcenés, W., & Wright, D. (2013). Do health provider-patient relationships matter? Exploring dentist-patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age and ageing*, 43(3), 399-405.
- Observador. (maio de 2016). Crise e castigo. A longa estagnação da economia em Portugal. *Observador*. [online] Obtido de Observador: <http://observador.pt/especiais/crise-castigo-longa-estagnacao-da-economia-portugal/>.
- Oliveira, A. F. (2004). *Confiança do empregado na organização: impacto dos valores pessoais, organizacionais e da justiça organizacional*. Dissertação de Doutoramento. Brasília: Universidade de Brasília.
- Oliveira, M. C. D. (2011). A crise de confiança nos cuidados de saúde. *Arquivos de Medicina*, 25(2), 80-81.

- OPSS. (2012). *Crise e Saúde um país em sofrimento*. Relatório Primavera 2012. Lisboa: OPSS.
- OPSS. (2016). *Saúde procuram-se novos caminhos*. Relatório de Primavera 2016. Lisboa: OPSS.
- Pereira, J. P. (2015). Da crise de 2001 para a crise de 2015: estamos pior ou melhor?. Público. [online] Obtido de Público: <https://www.publico.pt/politica/noticia/da-crise-de-2011-para-a-crise-de-2015-estamos-pior-ou-melhor-1689050>
- Pereira, M., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 69-80.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013). Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 287-295.
- Pordata. (2016). *Emigrantes permanentes: Total e por grupo etário - Portugal*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: <http://www.pordata.pt/Portugal/Emigrantes+permanentes+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-2522>
- Pordata. (2016). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) - Portugal*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: [http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Pordata. (2016). *Óbitos infantis de mães residentes em Portugal: perinatais e neonatais - Portugal*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: <http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+infantis+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+perinatais+e+neonatais-155>
- Pordata. (2016). *Rendimento médio disponível das famílias em Portugal*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: <http://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+m%C3%A9dio+dispon%C3%ADvel+das+fam%C3%ADlias-2098>
- Pordata. (2016). *SNS: consultas, internamentos e urgências por mil habitantes - Continente*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: <http://www.pordata.pt/Portugal/SNS+consultas++internamentos+e+urg%C3%AÂncias+por+mil+habitantes+++Continente-642>

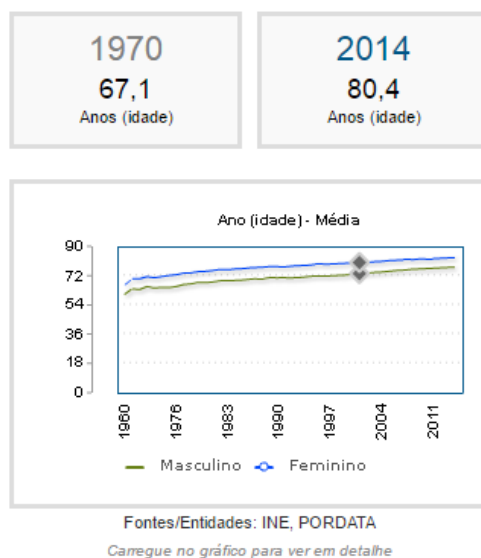
- Pordata. (2016). *Taxa de desemprego: total e por sexo (%) - Portugal*. Obtido a 19 de junho de 2016 de Pordata: [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)
- Rocha, P. D. M., & Sá, A. B. D. (2011). Family Health Reform in Portugal: Analysis of its implementation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2853-2863.
- Rodrigues, A., & Veloso, A. L. (2013). Confiança organizacional, risco e criatividade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 15, 545-561.
- Rousseau, D., Sitkin, S., Burt, R., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393-404.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care. The new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16, 4-6.
- Santos, M. D. G. (2012). *Impacto do Financiamento na Eficiência Hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto. Obtida a 17 de setembro de 2016 de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66305/2/25434.pdf>.
- Serra, H., & Mendes, C. (2012). Alterações das formas e níveis de confiança entre a profissão médica e o público. In J. M. (Org.), *Sociedade de confiança. A construção social da confiança em Portugal* (pp. 375 - 434). Lisboa: Clássica Editora.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). SNS comemora 38.º aniversário. Obtido a 4 de janeiro de 2017 de <https://www.sns.gov.pt/2017/09/22/sns-comemora-38-o-aniversario/>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). Obtido a 10 de junho de 2016 de <https://www.sns.gov.pt/>
- SPMS. (2016). *CAIC - Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica*. Obtido a 5 de agosto de 2016 de SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde: <http://spms.min-saude.pt/product/caic-comissao-de-acompanhamento-da-informatizacao-clinica/>
- Thom, D. H., Ribisl, K.M., Stewart, A.L., & Luke, D.A. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. The Stanford trust study physicians. *MedCare*, 37, 510-517.
- World Health Organization. (2016). Obtido a 10 de junho de 2016 de <http://www.who.int/en/>.

- Yucel, S. C., & Ay, S. (2013). Reliability and validity of a Turkish version of the Trust in Nurses Scale. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 41(10), 1737-1745.
- Zand, D. E. (1997). *The leadership triad: Knowledge, trust, and power*. New York: Oxford University Press.

ANEXOS

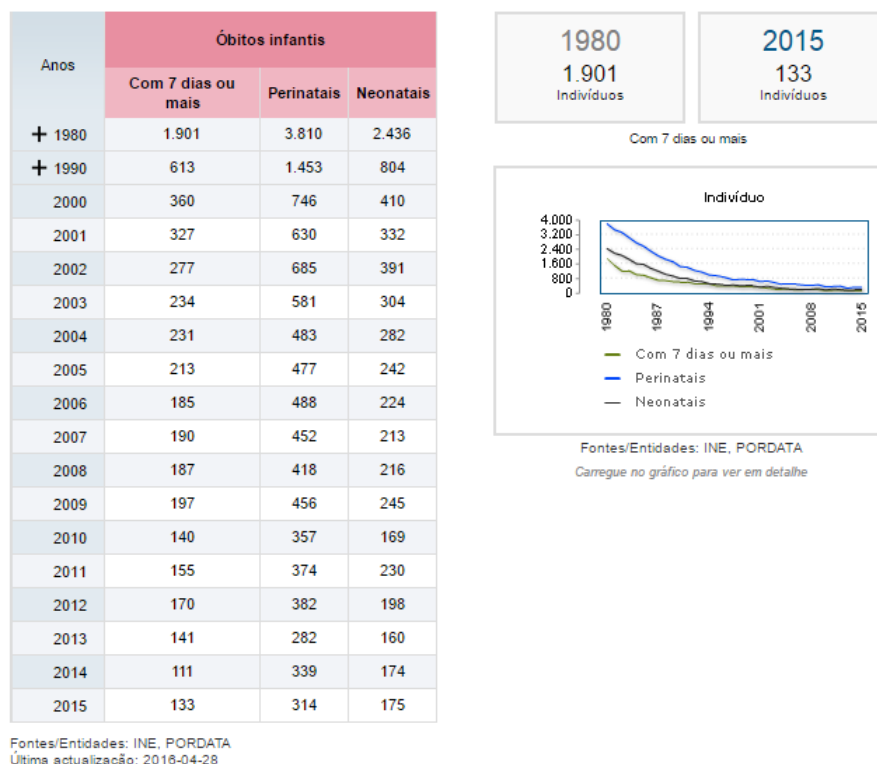
ANEXO 1

Figura 3 - Esperança de vida à nascença: total e por sexo



Fonte: INE/Pordata (Pordata, 2016)

Figura 4 - Óbitos infantis de mães residentes em Portugal: perinatais e neonatais



Fonte: INE/Pordata (Pordata, 2016)

Nota Explicativa:

A criação do Serviço Nacional de Saúde revelou ser uma mais-valia para o país e para os seus habitantes, como se pode constatar nas Figuras 3 e 4 do Anexo 1.

Não só a criação deste serviço proporcionou resultados positivos, como podemos apurar nas figuras supra mencionadas onde os dados nos indicam o aumento da esperança média de vida à nascença. Se nos anos 70 a esperança média de vida à nascença era de 67 anos de idade, no ano de 2014 é apontada uma esperança média de vida de 80 anos. Este aumento foi perceptível quer nos bebés do sexo masculino quer do sexo feminino.

Também a Figura 4 nos remete para o benefício dos cuidados de saúde infantis. O número de óbitos perinatais¹³ e neonatais num período de 35 anos diminuiu drasticamente. Embora se possam verificar algumas oscilações, é possível constatar que as medidas introduzidas ao longo dos anos foram sobretudo benéficas considerando que em 1980 havia um registo de 1901 óbitos infantis de crianças com 7 dias ou mais e em 2015 apenas foram registados 133.

A implementação de diversas ferramentas contribuiu igualmente para os progressos sentidos. O investimento em recursos humanos e tecnológicos e a definição prévia de objetivos e estratégias inerentes à saúde pública, como o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde¹⁴, contribuíram para os bons resultados estatísticos e, mais importante, para o aumento e melhoria da saúde dos cidadãos.

¹³ Que é relativo ou que acontece durante o período compreendido entre a 28.^a semana de gestação e o 7.º dia de vida do recém-nascido in <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/perinatal>

¹⁴ “O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.18).

resolução pelo promitente-comprador do contrato-promessa de compra e venda de unidade predial cujo inquilino se encontre numa das circunstâncias previstas no n.º 1 do artigo 2.º, desde que a sua decisão de contratar se haja fundado na possibilidade da denúncia do arrendamento nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 1096.º do Código Civil.

§ único. Quando o promitente-comprador seja o próprio inquilino da unidade predial objecto do contrato, presume-se que o mesmo se determinou à sua celebração fundado na possibilidade de denúncia referida no corpo do artigo.

ARTIGO 7.º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Aprovada em 26 de Julho de 1979.

O Presidente da Assembleia da República, *Teófilo Carvalho dos Santos*.

Promulgada em 20 de Agosto de 1979.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES. — O Primeiro-Ministro, *Maria de Lourdes Ruivo da Silva Matos Pintasilgo*.

Lei n.º 56/79

de 15 de Setembro

Serviço Nacional de Saúde

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea d) do artigo 164.º e do n.º 2 do artigo 169.º da Constituição, o seguinte:

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

TÍTULO I

Disposições gerais

ARTIGO 1.º

É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

ARTIGO 2.º

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.

ARTIGO 3.º

1 — Compete ao Governo a definição e coordenação global da política de saúde.

2 — A Administração Central de Saúde, prevista no artigo 24.º deste diploma, incumbe dirigir o SNS e superintender na execução das suas actividades.

ARTIGO 4.º

1 — O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer.

2 — O acesso ao SNS é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.

ARTIGO 5.º

Ao direito à protecção da saúde assegurado pelo SNS corresponde o dever, que a todos incumbe, de a defender e promover, nos termos da Constituição.

ARTIGO 6.º

1 — A garantia consagrada no artigo 4.º compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

2 — O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

ARTIGO 7.º

O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.

TÍTULO II

Dos utentes

ARTIGO 8.º

É reconhecida aos utentes a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde, dentro dos condicionalismos referidos na parte final do n.º 1 do artigo 6.º e das normas de distribuição racional e regionalização dos serviços.

ARTIGO 9.º

1 — É garantido aos utentes, nas relações com o SNS, o respeito pela sua dignidade e a preservação da intimidade da sua vida privada.

2 — Igualmente são reconhecidos aos utentes os direitos decorrentes da sua integração no agregado familiar e na comunidade a que pertencem.

ARTIGO 10.º

É assegurado aos utentes o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS relativamente aos factos de que tenha conhecimento em razão do exercício das suas funções, salvo intervindo decisão judicial ou justa causa de revelação, nos termos legais.

ARTIGO 11.º

A violação dos direitos garantidos aos utentes faz incorrer o infractor em responsabilidade disciplinar

por falta grave, para além da responsabilidade civil ou criminal que ao caso couber.

ARTIGO 12.º

Para além do disposto no artigo anterior, os utentes, sempre que sejam lesados nos seus direitos pelos órgãos ou pessoal do SNS, têm direito a ser indemnizados pelos danos causados, nos termos da lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado no domínio dos actos de gestão pública.

ARTIGO 13.º

1 — Os utentes podem ainda apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sempre que se considerem lesados nos seus direitos.

2 — As reclamações, queixas, petições e sugestões devem ser dirigidas à entidade responsável pelo estabelecimento ou serviço a que se refiram, sem prejuízo do direito de reclamação hierárquica, nos termos legais.

TÍTULO III

Dos cuidados de saúde

ARTIGO 14.º

Os utentes do SNS têm direito, em termos a regulamentar, às seguintes prestações:

- a) Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- b) Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
- c) Cuidados de enfermagem;
- d) Internamento hospitalar;
- e) Transporte de doentes quando medicamento indicado;
- f) Elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados;
- g) Suplementos alimentares dietéticos;
- h) Medicamentos e produtos medicamentosos;
- i) Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- j) Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

ARTIGO 15.º

1 — O acesso às prestações enunciadas no artigo anterior é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS.

2 — Enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes.

ARTIGO 16.º

1 — Os cuidados de saúde enunciados no artigo 14.º compreendem cuidados primários e cuidados diferenciados.

2 — Compreendem-se nos cuidados primários:

- a) Os destinados à prevenção da doença e promoção da saúde e os cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo os de clínica geral,

materno-infantis e de planeamento familiar, escolares e geriátricos, incluindo os domiciliários;

- b) Cuidados de especialidades, abrangendo nomeadamente as áreas da oftalmologia, da estomatologia, da otorrinolaringologia e da saúde mental;
- c) Internamentos que não impliquem cuidados diferenciados;
- d) Elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação;
- e) Cuidados de enfermagem, incluindo os de visita domiciliária.

3 — Compreendem-se nos cuidados diferenciados o internamento hospitalar e os actos ambulatorios especializados para diagnóstico e terapêutica e reabilitação e ainda as consultas externas de especialidades.

4 — São compreendidos nos cuidados de nível primário e de nível diferenciado os cuidados de urgência na doença e no acidente.

5 — Os serviços prestadores de cuidados de saúde deverão ainda proceder ao registo de dados estatísticos e à análise epidemiológica.

6 — A prestação dos cuidados de urgência na doença e no acidente previstos no n.º 4 entende-se sem prejuízo do direito de regresso em relação às entidades seguradoras ou outras, no caso responsáveis.

ARTIGO 17.º

O acesso aos cuidados diferenciados está condicionado a prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência.

TÍTULO IV

Da organização e funcionamento

CAPÍTULO I

Princípios gerais

ARTIGO 18.º

1 — O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados.

2 — O SNS será apoiado por estabelecimentos e actividades de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde.

ARTIGO 19.º

Aos órgãos do SNS compete, no seu conjunto, assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, definir a complementaridade de valências e promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços.

ARTIGO 20.º

Aos órgãos centrais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Estudo e proposta da política de saúde;
- b) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;

- c) Elaboração de normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços;
- d) Inspeção técnica e avaliação de resultados;
- e) Tomada de decisões necessárias à organização e funcionamento do SNS;
- f) Coordenação dos diferentes sectores de actividade;
- g) Elaboração de normas sobre a celebração de convénios com entidades não integradas no SNS e a outorga de convénios de âmbito nacional;
- h) Participação em actividades interministeriais;
- i) Formação e investigação no campo da saúde;
- j) Tutela e fiscalização da actividade privada no âmbito do sector da saúde.

ARTIGO 21.º

1 — Aos órgãos regionais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Execução da política de saúde;
- b) Administração e gestão de serviços, registo de dados e análise epidemiológica;
- c) Inspeção;
- d) *Contrôle* do exercício profissional;
- e) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;
- f) Formação e investigação do campo da saúde;
- g) Celebração de convénios de âmbito regional com entidades não integradas no SNS, de acordo com as normas elaboradas pelos órgãos centrais.

2 — Poderão constituir-se órgãos de âmbito mais alargado que o dos previstos no número anterior, designadamente para os seguintes efeitos:

- a) Utilização de serviços comuns;
- b) Compatibilização de planos e de programas;
- c) Coordenação e supervisão técnica.

ARTIGO 22.º

Aos órgãos locais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Administração e gestão de serviços, nos casos em que tal se justifique;
- b) Coordenação das unidades prestadoras de cuidados primários;
- c) Registo e análise de dados estatísticos.

ARTIGO 23.º

1 — É assegurada aos utentes e aos profissionais da saúde o direito de participação no planeamento e na gestão dos serviços.

2 — O direito consagrado no número anterior exerce-se, a nível central, pela participação no Conselho Nacional de Saúde, previsto no artigo 25.º deste diploma, e, a nível regional e local, pela participação nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, previstos, respectivamente, nos artigos 39.º e 40.º deste diploma, para além da participação em órgãos de serviços, em termos a regulamentar.

3 — A representação dos utentes nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, bem como a representação dos profissionais de saúde,

será assegurada por membros designados pelas autarquias e pelas organizações sindicais interessadas, em termos a regulamentar.

CAPÍTULO II

Dos órgãos centrais

SECÇÃO I

ARTIGO 24.º

São órgãos centrais do SNS:

I) De natureza consultiva:

O Conselho Nacional de Saúde.

II) De natureza instrumental:

- a) O Departamento de Ensino e Investigação;
- b) O Departamento de Assuntos Farmacêuticos;
- c) O Departamento de Estudos e Planeamento;
- d) O Departamento de Gestão Financeira;
- e) A Inspeção dos Serviços de Saúde.

III) De natureza executiva:

A Administração Central de Saúde.

SECÇÃO II

ARTIGO 25.º

1 — O Conselho Nacional de Saúde é um órgão consultivo da Secretaria de Estado da Saúde e visa a unidade de planeamento da política de saúde.

2 — O Conselho Nacional de Saúde tem um presidente designado pela Assembleia da República pelo período da legislatura e os seguintes vogais:

- a) O presidente da Administração Central de Saúde;
- b) O Presidente do Conselho de Segurança Social;
- c) Um representante do MEC;
- d) Um representante do Ministério das Finanças e do Plano;
- e) Um representante de cada região autónoma;
- f) Um representante de cada região de saúde;
- g) Um representante da Ordem dos Médicos;
- h) Um representante dos sindicatos dos enfermeiros;
- i) Dois representantes dos restantes profissionais de saúde a designar pelos respectivos sindicatos;
- j) Cinco representantes dos utentes do SNS.

3 — Os representantes dos utentes são designados pela Assembleia da República no início e pelo período de cada legislatura.

4 — Os representantes das regiões autónomas são designados pelas respectivas assembleias regionais.

ARTIGO 26.º

1 — Ao Conselho Nacional de Saúde compete, especialmente, pronunciar-se sobre a definição e a orientação superior da política de saúde, dar parecer

sobre as questões que pelo Ministro dos Assuntos Sociais ou pelo Secretário de Estado da Saúde lhe sejam cometidas e intervir nas actividades de responsabilidade interministerial relacionadas com o sector da saúde.

2 — Para efeitos do disposto na parte final do número anterior, são constituídas, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, comissões interministeriais especializadas, presididas por um representante da Secretaria de Estado da Saúde, e em que participam representantes de outros departamentos ministeriais para intervirem, nomeadamente, nos seguintes domínios:

- a) Política democrática;
- b) Alimentação e nutrição;
- c) Política de *habitat*, poluição e saneamento de meio;
- d) Formação profissional;
- e) Saúde ocupacional;
- f) Política do medicamento.

3 — As comissões referidas no número anterior compete propor as medidas necessárias à execução coordenada da política de saúde.

4 — A composição das comissões será fixada em diploma regulamentar.

5 — No Conselho Nacional de Saúde poderão participar técnicos ou entidades de serviços públicos ou privados cuja colaboração seja julgada necessária.

SECÇÃO III

ARTIGO 27.º

Ao Departamento de Ensino e Investigação compete:

- a) Promover e coordenar as actividades de ensino e investigação no campo da saúde, da responsabilidade do Ministério dos Assuntos Sociais, e propor as medidas destinadas à articulação e uniformização de objectivos de idênticas actividades dependentes de outros Ministérios;
- b) Promover, assegurar e desenvolver a documentação e informação científica e técnica.

ARTIGO 28.º

Ao Departamento de Assuntos Farmacêuticos compete:

- a) Intervir nas áreas do licenciamento, produção, importação, comercialização, comprovação, informação e consumo de medicamentos, matérias-primas para uso farmacêutico e produtos parafarmacêuticos;
- b) Conceder o licenciamento dos estabelecimentos relacionados com a produção e comercialização de medicamentos.

ARTIGO 29.º

Ao Departamento de Estudos e Planeamento compete:

- a) Elaborar, acompanhar e avaliar os planos sectoriais de desenvolvimento, incluindo a determinação das necessidades em recursos humanos;

- b) Proceder à avaliação global da situação mediante um sistema de informação de saúde;
- c) Estudar e propor as medidas convenientes no campo da economia da saúde;
- d) Assegurar, em geral e no âmbito do sector, as funções previstas no artigo 12.º da Lei n.º 31/77, de 23 de Maio.

ARTIGO 30.º

Ao Departamento de Gestão Financeira compete:

- a) Elaborar o orçamento e a conta do SNS;
- b) Acompanhar e avaliar sistematicamente a execução orçamental;
- c) Definir e unificar os planos de contas do SNS e controlar a respectiva gestão económico-financeira.

ARTIGO 31.º

A Inspeção dos Serviços de Saúde compete:

- a) Inspeccionar as actividades dos órgãos e serviços integrados no SNS;
- b) Inspeccionar o funcionamento das instituições não oficiais e formas de actividade privada no sector da saúde;
- c) Propor medidas correctivas adequadas;
- d) Realizar inquéritos, sindicâncias e processos disciplinares que lhe sejam determinados.

SECÇÃO IV

ARTIGO 32.º

A Administração Central de Saúde compete dirigir o SNS segundo a política superiormente definida, coordenar os diferentes sectores de actividade, elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços e de celebração de convénios, outorgar em convénios de âmbito nacional e, em geral, tomar as decisões que não sejam da competência específica do Ministro dos Assuntos Sociais, do Secretário de Estado da Saúde ou de quaisquer outros órgãos.

ARTIGO 33.º

1 — A Administração Central de Saúde compreende os seguintes departamentos, dirigidos por directores:

- a) O Departamento de Cuidados Primários;
- b) O Departamento de Cuidados Diferenciados;
- c) O Departamento de Recursos Humanos.

2 — O Departamento de Cuidados Primários actua nas seguintes áreas:

- a) Cuidados gerais de saúde enunciados nos n.ºs 2, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma;
- b) *Contrôle* das doenças transmissíveis e das doenças crónico-degenerativas;
- c) Saúde ocupacional;
- d) Higiene dos alimentos e da nutrição;
- e) Higiene do meio ambiente;
- f) Educação para a saúde.

3 — O Departamento de Cuidados Diferenciados actua na área dos cuidados hospitalares, curativos e de reabilitação, enunciados nos n.ºs 3, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma.

4 — O Departamento de Recursos Humanos actua nas seguintes áreas:

- a) Recrutamento, selecção e formação do pessoal;
- b) Gestão das carreiras profissionais;
- c) Exercício profissional.

ARTIGO 34.º

Os departamentos compreendidos na Administração Central de Saúde prosseguem uma gestão participada por objectivos e exercem uma actividade técnico-normativa assente em estudo e avaliação permanentes.

ARTIGO 35.º

A Administração Central de Saúde é dirigida por um conselho directivo composto pelos directores-gerais dos seus departamentos, que elegem anualmente entre si o presidente.

ARTIGO 36.º

1 — Junto da Administração Central de Saúde funcionam os seguintes gabinetes de apoio, dirigidos por directores, equiparados a directores-gerais:

- a) Gabinete de Instalações e Equipamento;
- b) Gabinete de Informática;
- c) Gabinete Jurídico;
- d) Gabinete de Produtos Biológicos.

2 — O Gabinete de Instalações e Equipamento tem as seguintes atribuições:

- a) Programação dos estabelecimentos de saúde e fiscalização da respectiva execução;
- b) Normalização de instalações e equipamentos de saúde;
- c) Segurança das instalações e manutenção dos equipamentos;
- d) Estudos de mercado e normalização de equipamentos.

3 — O Gabinete de Informática tem as seguintes atribuições:

- a) Organização e racionalização administrativa;
- b) Coordenação da documentação e informação.

4 — O Gabinete Jurídico tem as seguintes atribuições:

- a) Elaboração de pareceres jurídicos;
- b) Preparação de legislação.

5 — O Gabinete de Produtos Biológicos tem as seguintes atribuições:

- a) Orientação das actividades relacionadas com o sangue, suas fracções e produtos homólogos, vacinas e soros;
- b) Orientação das actividades relacionadas com tecidos e órgãos.

6 — A Administração Central de Saúde é ainda apoiada por uma repartição administrativa.

CAPÍTULO III

Dos órgãos regionais e locais

ARTIGO 37.º

1 — A área de competência dos órgãos regionais será fixada de acordo com a regionalização do País que vier a ser aprovada.

2 — A área de competência dos órgãos locais será a do concelho.

ARTIGO 38.º

1 — São órgãos regionais do SNS as administrações regionais de saúde, directamente dependentes da Administração Central de Saúde, e gozando de autonomia administrativa.

2 — As administrações regionais de saúde cabem as funções especificadas no artigo 21.º deste diploma.

ARTIGO 39.º

1 — As administrações regionais de saúde integram os estabelecimentos e serviços de saúde oficiais dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais existentes nas respectivas áreas territoriais e coordenam-se com os estabelecimentos e serviços de âmbito supra-regional.

2 — Os estabelecimentos e serviços dependentes de outros departamentos ministeriais, de empresas públicas ou de empresas nacionalizadas, com excepção dos dependentes de departamentos militares, integrar-se-ão nas administrações regionais de saúde à medida que a estrutura do SNS entre em funcionamento nas respectivas regiões.

ARTIGO 40.º

As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho directivo e compreendem um sector de cuidados primários, um sector de cuidados diferenciados e sectores de apoio técnico e administrativo e dispõem, como órgãos consultivos, de um conselho regional de saúde e de uma comissão técnica.

ARTIGO 41.º

São órgãos locais do SNS as direcções dos centros de saúde concelhios, gozando da competência que lhes for delegada pela respectiva administração regional de saúde e dispondo, como órgãos consultivos, de comissões concelhias de apoio.

CAPÍTULO IV

Dos serviços prestadores dos cuidados de saúde

ARTIGO 42.º

1 — São serviços prestadores de cuidados primários os centros comunitários de saúde.

2 — São serviços prestadores de cuidados diferenciados os hospitais gerais, os hospitais especializados e outras instituições especializadas.

3 — Os serviços prestadores de cuidados dependem das administrações regionais de saúde, sem prejuízo de autonomia que lhes for fixada por lei.

ARTIGO 43.º

1 — Os serviços prestadores de cuidados primários e os serviços prestadores de cuidados diferenciados

estruturam-se e complementam-se de forma articulada quanto ao seu funcionamento.

2 — Nas áreas de especialidades previstas na alínea b) do n.º 2 do artigo 16.º as mesmas equipas asseguram a prestação de cuidados nos serviços referidos no número anterior.

3 — Será sempre assegurada a continuidade e a articulação dos cuidados primários e dos cuidados diferenciados.

4 — Para efeitos dos números anteriores, a coordenação do funcionamento articulado dos cuidados de saúde cabe ao competente órgão regional.

TÍTULO V

Do estatuto do pessoal

ARTIGO 44.º

O pessoal do SNS desempenha uma revelante função social ao serviço do homem e da comunidade. Tem a qualidade de funcionário público ou de agente, sem prejuízo de poder beneficiar de estatuto especial.

ARTIGO 45.º

1 — Ao pessoal do SNS que tenha a qualidade de funcionário é assegurado o regime de carreira.

2 — O pessoal que tenha a qualidade de agente não pode beneficiar de tratamento mais favorável do que o estabelecido para o pessoal referido no número anterior.

ARTIGO 46.º

1 — O regime de serviço do pessoal será estabelecido de acordo com as necessidades de funcionamento dos serviços e dos utentes e com a responsabilidade profissional dos quadros.

2 — O regime de serviço pode ser de tempo completo ou de tempo completo prolongado.

3 — Em qualquer das modalidades previstas no número anterior o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas. O respectivo estatuto regulará as condições de exercício da actividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva.

4 — Em casos especiais a definir pode ainda autorizar-se o regime de tempo parcial ou o regime de contratação.

5 — Os serviços de funcionamento permanente ou de urgência obedecem a organização e esquema especiais de regime de serviço.

6 — São proibidas as acumulações de lugares no SNS, salvo se se verificar inerência de funções, carência de pessoal devidamente habilitado para o exercício de funções ou complementaridade de actividades.

ARTIGO 47.º

1 — A avaliação da capacidade para o ingresso e acesso às várias categorias na carreira compreende as seguintes modalidades:

- a) Avaliação mediante concurso;
- b) Avaliação permanente do exercício e treino em serviço;

c) Avaliação após curso ou estágio de pós-graduação.

2 — As modalidades enunciadas no número anterior podem ser consideradas isoladas ou conjuntamente, de acordo com as características das várias profissões.

ARTIGO 48.º

1 — O grau da carreira é independente do exercício efectivo de funções e do regime de serviço.

2 — O exercício efectivo de funções pressupõe o correspondente grau da carreira.

ARTIGO 49.º

As remunerações do pessoal do SNS são estabelecidas em função do grau na carreira e do regime de prestação de serviço.

TÍTULO VI

Do financiamento

ARTIGO 50.º

Incumbe ao Estado mobilizar os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização.

ARTIGO 51.º

O Governo proporá anualmente à Assembleia da República a afectação ao SNS de uma dotação orçamental que tome em conta a evolução do produto nacional bruto.

TÍTULO VII

Da articulação com o sector privado

ARTIGO 52.º

O SNS articula-se com a existência e funcionamento de instituições não oficiais e formas de actividade privada no âmbito do sector da saúde, sujeitas à disciplina e *contrôle* do Estado, nos termos da Constituição.

ARTIGO 53.º

1 — Podem ser estabelecidos convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou entidades privadas, designadamente no campo da hospitalização e dos meios de diagnóstico, nos casos em que a rede de serviços oficial não assegure os cuidados de saúde, mediante normas a estabelecer pela Administração Central de Saúde.

2 — Em casos de necessidade pública, pode o Governo, pelo Ministro dos Assuntos Sociais, proceder à afectação ao SNS do uso de instalações hospitalares ou para-hospitalares devolutas ou manifestamente subaproveitadas e respectivos equipamentos, em termos a regulamentar, ou proceder à expropriação dessas instalações e equipamentos, mediante indemnização.

TÍTULO VIII

Disposições transitórias e finais

ARTIGO 54.º

1 — O exercício do direito e o acesso às prestações, a estrutura interna, a competência, o modo e o regime de funcionamento dos órgãos e serviços, bem como a regulamentação do estatuto do pessoal, constarão de diplomas especiais.

2 — Os diplomas referidos no número anterior estabelecerão ainda as formas e momento da integração dos órgãos e serviços existentes à data da sua publicação, nomeadamente direcções-gerais e serviços médico-sociais, na estrutura agora instituída.

3 — As formas e o prazo de concretização da proibição estabelecida no n.º 6 do artigo 45.º deste diploma serão também objecto de regulamentação especial.

ARTIGO 55.º

A actuação do SNS na área da saúde ocupacional prevista na alínea c) do n.º 2 do artigo 33.º deste diploma será objecto de regulamentação especial, que fixará também a responsabilidade das empresas nos encargos decorrentes das actividades de medicina do trabalho nas próprias empresas.

ARTIGO 56.º

O SNS articular-se-á com o Serviço Nacional de Ambulâncias e com o Serviço Nacional de Bombeiros nos termos que vierem a ser definidos em portaria conjunta dos Ministros competentes.

ARTIGO 57.º

1 — O SNS e os órgãos competentes da segurança social estabelecerão entre si as formas de coordenação de actividades em todos os sectores em que haja interligação de saúde com segurança social.

2 — De acordo com o número anterior, a celebração de convenções internacionais de segurança social que envolvam compromissos no campo da saúde dependerá de parecer prévio da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 58.º

1 — O SNS entra gradualmente em funcionamento nos termos e nos distritos que forem fixados por resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro dos Assuntos Sociais, dando-se prioridade às zonas mais carenciadas.

2 — Nas restantes zonas deverão promover-se desde já, sob a orientação da Administração Central de Saúde, as acções de planeamento e as medidas indispensáveis à melhoria das estruturas existentes e à sua integração no SNS.

ARTIGO 59.º

Os beneficiários de esquemas de protecção na doença privativos de sector de actividades ou de estratos profissionais determinados integrar-se-ão, na parte referente a cuidados de saúde, no esquema de prestações do SNS, à medida que a sua estrutura entre em funcionamento nos respectivos distritos.

ARTIGO 60.º

Enquanto não se implantar em todo o País o Serviço Nacional de Saúde, são considerados utentes todos os indivíduos que residam nas sucessivas áreas de implantação, sem prejuízo de, em casos de urgência, se permitir o acesso de residentes noutras áreas.

ARTIGO 61.º

O regime de carreira previsto no n.º 1 do artigo 44.º será regulado por decreto-lei, sem prejuízo do que vier a ser estabelecido em estatuto da função pública.

ARTIGO 62.º

O SNS para os Açores e Madeira será objecto de diploma especial informado pelos princípios constantes das presentes normas e pelos que decorrem da autonomia dessas regiões.

ARTIGO 63.º

O SNS será extensivo ao território de Macau, tendo em conta as condições específicas estabelecidas no seu estatuto próprio.

ARTIGO 64.º

1 — Até à publicação do decreto-lei previsto no n.º 1 do artigo 37.º, e para a determinação da área territorial abrangida pelos órgãos regionais, o distrito será considerado para todos os efeitos como unidade regional.

2 — Os distritos poderão ser agrupados com vista à utilização comum de serviços e à hierarquização dos serviços prestadores.

3 — Enquanto não forem definidas as regiões de saúde, a representação prevista na alínea f) do n.º 2 do artigo 25.º será assegurada pelas administrações distritais de saúde, que, de entre si, designarão seis elementos, tendo em conta uma equitativa representação geográfica.

4 — Pode constituir-se mais do que uma administração distrital de saúde nos distritos que abranjam grandes centros urbanos, mediante portaria do Secretário de Estado da Saúde, sob proposta da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 65.º

1 — O Governo elaborará, no prazo de seis meses a contar da publicação da presente lei, os decretos-leis necessários à sua execução.

2 — No mesmo prazo será elaborado o *Formulário Nacional de Medicamentos*, tendo em vista a racionalização do consumo e a valorização do sector nacional, público e privado.

3 — A implantação do SNS deverá iniciar-se no prazo de três meses após a entrada em vigor daqueles diplomas.

Aprovada em 28 de Junho de 1979.

O Vice-Presidente, em exercício, *António Arnaut*.

Promulgado em 21 de Julho de 1979.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANTÓNIO RAMALHO EANES*. — O Primeiro-Ministro, *Maria de Lourdes Ruivo da Silva Matos Pintasilgo*.

3 —

4 — A rotulagem, publicidade e apresentação dos produtos em questão não deve fazer referência à eventual velocidade ou quantidade de perda de peso resultante da sua utilização.»

Artigo 3.º

Produção de efeitos

O presente decreto-lei produz efeitos a 1 de Julho de 2007.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 20 de Dezembro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Luís Filipe Marques Amado* — *António José de Castro Guerra* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 6 de Fevereiro de 2008.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 11 de Fevereiro de 2008.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 28/2008

de 22 de Fevereiro

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A legislação referente ao funcionamento dos centros de saúde datava de 1971, tendo sido reformulada em 1982 e profundamente alterada em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Este último diploma, visionário, estabelecia um modelo ideal de centro de saúde. Contudo, estava desajustado da realidade portuguesa, motivo pelo qual teve pouca ou nenhuma aplicação prática.

Este diploma foi revogado em 2003, pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, diploma altamente contestado, por não ter em conta a diversidade das dimensões dos centros de saúde nem lhes conferir qualquer autonomia. Traduziu-se, pois, numa tentativa de melhorar o acesso aos cuidados de saúde que, infelizmente, não teve sucesso.

Ficou, assim, prevista no Programa do XVII Governo Constitucional, a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, e a sua substituição por novo diploma. A revogação operou-se pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho.

O Governo esteve, desde então, a estudar aquela que considera ser a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiar. Deste estudo resultou o presente decreto-lei.

Uma das principais novidades da presente intervenção legislativa consiste na criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que

têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Está prevista a existência de um conselho da comunidade, sendo ainda mantido o Gabinete do Cidadão.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da administração regional de saúde pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

Prevê-se que o presente decreto-lei possa, finalmente, dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevê-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde.

Foi ouvida a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Foi promovida a audição à Associação Nacional de Freguesias.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

1 — Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.

2 — O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas.

3 — Os ACES são serviços desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), estando sujeitos ao seu poder de direcção.

Artigo 3.º

Missão e atribuições

1 — Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

2 — Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

3 — Os ACES desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de **diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases**, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Artigo 4.º

Jurisdição

1 — É fixado em 74 o número máximo de ACES, sendo a delimitação da sua área geográfica fixada por portaria **conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública, da administração local e da saúde**, ouvidos os municípios da área abrangida, sob proposta fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — A delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes factores geodemográficos:

a) O número de pessoas residentes na área do ACES, que não deve, em regra, ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000;

b) A estrutura de povoamento;

c) O índice de envelhecimento;

d) A acessibilidade da população ao hospital de referência.

3 — Podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respectivo.

4 — A proposta da ARS, I. P., referida no n.º 1 deve conter, além do previsto no número anterior:

a) A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;

b) A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;

c) A identificação, por grupo profissional, dos recursos humanos a afectar a cada centro de saúde;

d) A denominação do ACES;

e) A identificação das instalações onde o ACES tem sede.

Artigo 5.º

Âmbito de intervenção

1 — Os centros de saúde componentes de ACES inter-vêm nos âmbitos:

a) Comunitário e de base populacional;

b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;

c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.

2 — Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes na respectiva área geográfica, ainda que temporariamente.

3 — Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respectiva área geográfica.

Artigo 6.º

Funcionamento

1 — Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada.

2 — Os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.

3 — O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades deve ser publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações.

CAPÍTULO II

Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde

Artigo 7.º

Unidades funcionais

1 — Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

a) Unidade de saúde familiar (USF);

b) **Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);**

c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);

d) Unidade de saúde pública (USP);

e) **Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);**

f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

2 — Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

3 — **Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.**

Artigo 8.º

Características comuns

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Artigo 9.º

Unidade de saúde familiar

Sem prejuízo da aplicação do regime previsto no presente decreto-lei às USF enquanto unidades integradas em ACES, elas são disciplinadas por legislação específica.

Artigo 10.º

Unidade de cuidados de saúde personalizados

1 — A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

2 — A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Artigo 11.º

Unidade de cuidados na comunidade

1 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2 — A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

3 — O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4 — A UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Artigo 12.º

Unidade de saúde pública

1 — A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

2 — A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

3 — As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

4 — A autoridade de saúde a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica directa das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

5 — O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.

Artigo 13.º

Unidade de recursos assistenciais partilhados

1 — A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

2 — A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais.

Artigo 14.º

Coordenação das unidades funcionais

1 — Cada unidade funcional tem um coordenador.

2 — Ao coordenador da unidade funcional compete, designadamente:

a) Programar as actividades da unidade, elaborando o plano anual de acção com a respectiva dotação orçamental previsional;

b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;

c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;

d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;

e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;

f) Elaborar o relatório anual de actividades;

g) Representar a unidade perante o director executivo.

Artigo 15.º

Designação dos coordenadores

1 — Os coordenadores são designados por decisão fundamentada do director executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função, nos seguintes termos:

a) O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade;

b) O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efectiva na respectiva área profissional;

c) O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respectiva área profissional;

d) O coordenador da USP é designado de entre médicos da especialidade de saúde pública habilitados com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade.

2 — Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

Artigo 16.º

Regime de exercício de funções

1 — Os coordenadores são designados por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nos 90 dias seguintes à designação, o director executivo e o coordenador assinam uma carta de missão, que constitui um compromisso onde, de forma explícita, são definidos os objectivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir no decurso do exercício de funções.

3 — Os coordenadores exercem as funções de coordenação sem prejuízo do exercício normal das suas funções profissionais.

4 — As funções de coordenador são incompatíveis com as de director executivo do ACES.

Artigo 17.º

Cessação de funções

1 — As funções de coordenador cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício de funções;
- b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de coordenação;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao director executivo;
- d) Por acordo entre o coordenador e o director executivo;
- e) Não realização dos objectivos previstos, designadamente dos constantes da carta de missão;
- f) Por decisão do director executivo, com fundamento em conveniência de serviço.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o coordenador mantém-se em funções até nova designação, até ao prazo máximo de 90 dias.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro coordenador.

CAPÍTULO III

Órgãos do ACES e serviços de apoio

SECÇÃO I

Órgãos de administração e fiscalização

Artigo 18.º

Órgãos

São órgãos do ACES:

- a) O director executivo;
- b) O conselho executivo;

- c) O conselho clínico;
- d) O conselho da comunidade.

SUBSECÇÃO I

Director executivo

Artigo 19.º

Designação

1 — O director executivo é designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — O director executivo deve possuir licenciatura, constituindo critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício, durante pelo menos três anos, de funções de coordenação e gestão de equipa, e planeamento e organização, mormente na área da saúde;
- b) A formação em administração ou gestão, preferencialmente na área da saúde.

3 — A competência referida no n.º 1 pode ser delegada no conselho directivo da ARS, I. P.

Artigo 20.º

Competência

1 — O director executivo gere as actividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES, competindo-lhe:

- a) Representar o ACES;
- b) Celebrar contratos-programa com o conselho directivo da ARS, I. P., e contratos de execução com as unidades funcionais do ACES, e zelar pelo respectivo cumprimento;
- c) Elaborar os planos plurianuais e anuais de actividades do ACES, com os respectivos orçamentos, e submetê-los à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.;
- d) Promover a instalação e o funcionamento de sistema eficaz de informação e comunicação;
- e) Verificar a regularidade da contabilidade e da escrituração;
- f) Avaliar o desempenho das unidades funcionais e de serviços de apoio e responsabilizá-los pela utilização dos meios postos à sua disposição e pela realização dos objectivos ordenados ou acordados;
- g) Promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respectivos coordenadores;
- h) Gerir com rigor e eficiência os recursos humanos, patrimoniais e tecnológicos afectos à sua unidade orgânica, optimizando os meios e adoptando medidas que permitam simplificar e acelerar procedimentos e promover a aproximação à sociedade e a outros serviços públicos;
- i) Identificar as necessidades de formação específica dos funcionários da sua unidade orgânica e propor a frequência das acções de formação consideradas adequadas ao suprimento das referidas necessidades, sem prejuízo do direito à autoformação;
- j) Proceder ao controlo efectivo da assiduidade, pontualidade e cumprimento do período normal de trabalho por parte dos funcionários da sua unidade orgânica;

l) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados na respectiva unidade orgânica, excepto quando contenham matéria confidencial ou reservada, bem como a restituição de documentos aos interessados;

m) Autorizar o exercício de funções a tempo parcial;

n) Justificar ou injustificar faltas;

o) **Conceder licenças e autorizar o regresso à actividade**, com excepção da licença sem vencimento por um ano por motivo de interesse público e da licença de longa duração;

p) Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar o respectivo plano anual;

q) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença;

r) Autorizar a inscrição e participação do pessoal em **congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos** de formação em regime de autoformação ou outras iniciativas semelhantes que decorram em território nacional quando não importem custos para o serviço;

s) Autorizar o pessoal a comparecer em juízo quando requisitado nos termos da lei de processo;

t) Outras que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — O director executivo designa, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, quer para contactos com a comunidade, quer para a gestão quotidiana das instalações e equipamentos do centro de saúde.

Artigo 21.º

Regime de exercício de funções

1 — O director executivo é designado por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nas suas faltas e impedimentos, o director executivo é substituído pelo presidente do conselho clínico.

3 — O **director executivo é equiparado, para efeitos remuneratórios, a cargo de direcção superior de 2.º grau.**

Artigo 22.º

Cessação de funções

1 — As funções do director executivo cessam:

a) **No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;**

b) **Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de director executivo;**

c) Por renúncia do director executivo, mediante carta dirigida ao presidente do conselho directivo da ARS, I. P.;

d) Por acordo entre o director executivo e o conselho directivo da ARS, I. P.;

e) Por deliberação do conselho directivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de director executivo.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o director executivo mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro director executivo.

SUBSECÇÃO II

Conselho executivo

Artigo 23.º

Composição

O conselho executivo é composto:

a) Pelo director executivo, que preside;

b) Pelo presidente do conselho clínico;

c) Pelo presidente do conselho da comunidade.

Artigo 24.º

Competência

Compete ao conselho executivo:

a) Aprovar os planos plurianuais e anuais de actividades das várias unidades funcionais, com as respectivas dotações orçamentais;

b) Elaborar o relatório anual de actividades e a conta de gerência e submetê-los à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.;

c) Elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P., num prazo de 90 dias;

d) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;

e) Celebrar, com autorização do conselho directivo da ARS, I. P., protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não, nomeadamente com as autarquias locais;

f) Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive em sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACES, dos planos e relatórios de actividades e dos pareceres dados sobre eles pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projectos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES.

SUBSECÇÃO III

Conselho clínico

Artigo 25.º

Composição e designação

1 — O conselho clínico é composto por um presidente e três vogais.

2 — O **presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade, a exercer funções no ACES.**

3 — Os vogais do conselho clínico são:

a) Um médico da especialidade de saúde pública, habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade, a exercer funções no ACES;

b) Um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista e com experiência efectiva nos cuidados de saúde primários, a exercer funções no ACES;

c) Um profissional designado de entre profissionais de saúde do ACES, a exercer funções no ACES.

4 — O presidente é designado por deliberação fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P., sob proposta do director executivo.

5 — Os vogais são designados pelo conselho directivo da respectiva ARS, I. P., sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico.

6 — Os membros do conselho clínico devem possuir conhecimentos técnicos em cuidados de saúde primários, prática em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco.

Artigo 26.º

Competência

Compete ao conselho clínico:

- a) Avaliar a efectividades dos cuidados de saúde prestados;
- b) Dar directivas e instruções para o cumprimento das **normas técnicas emitidas pelas entidades competentes**, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais;
- c) Fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- d) Aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes;
- e) Propor ao director executivo a realização de auditorias **externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos**;
- f) Apoiar o director executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica;
- g) Verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES;
- h) Organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação;
- i) Decidir sobre conflitos de natureza técnica.

Artigo 27.º

Presidente

1 — Compete especialmente ao presidente do conselho clínico:

- a) Assegurar em continuidade as actividades decorrentes das competências do conselho clínico;
- b) Convocar as reuniões do conselho e dirigir as mesmas;
- c) Coordenar as actividades do conselho;
- d) Exercer voto de qualidade.

2 — O presidente do conselho clínico é substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo vogal médico que, para o efeito, seja por ele designado.

Artigo 28.º

Reuniões

O conselho clínico reúne-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando seja convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido dos dois vogais.

Artigo 29.º

Regime de exercício de funções

1 — Os membros do conselho clínico são designados por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Os membros do conselho clínico podem ser dispensados parcialmente do exercício das suas funções profissionais.

3 — As funções de membro do conselho clínico são incompatíveis com as de director executivo do ACES, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 21.º, e com as de coordenador de unidade funcional.

4 — Ao presidente do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

5 — **Aos vogais do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.**

Artigo 30.º

Cessação de funções

1 — As funções de membro do conselho clínico cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;
- b) Na data da tomada de posse noutro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de membro do conselho clínico;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao presidente do conselho directivo da ARS, I. P.;
- d) Por acordo entre o membro do conselho clínico e o conselho directivo da ARS, I. P.;
- e) Por deliberação do conselho directivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de membro do conselho clínico.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o membro do conselho clínico mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro membro.

SUBSECÇÃO IV

Conselho da Comunidade

Artigo 31.º

Composição e designação

1 — O conselho da comunidade é composto por:

- a) Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de actuação do ACES, que preside;
- b) Um representante de cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respectivas assembleias municipais;
- c) Um representante do centro distrital de segurança social, designado pelo conselho directivo;
- d) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo director regional de educação;
- e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

f) Um representante da associação de utentes do ACES, designado pela respectiva direcção;

g) Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;

h) Um representante das associações de empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;

i) Um representante do hospital de referência, designado pelo órgão de administração;

j) Um representante das equipas de voluntariado social, designado por acordo entre as mesmas;

l) Um representante da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

2 — Os membros do conselho da comunidade são designados por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sem prejuízo da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram.

Artigo 32.º

Competência

Compete designadamente ao conselho da comunidade:

a) Dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de actividades do ACES e respectivos orçamentos, antes de serem aprovados;

b) Acompanhar a execução dos planos de actividade, podendo para isso obter do director executivo do ACES as informações necessárias;

c) Alertar o director executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde;

d) Dar parecer sobre o relatório anual de actividades e a conta de gerência, apresentados pelo director executivo;

e) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;

f) Propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade;

g) Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Artigo 33.º

Presidente

1 — O presidente é indicado pelas câmaras municipais da área de actuação do ACES.

2 — Ao presidente compete especialmente:

a) Representar o conselho da comunidade;

b) Convocar e dirigir as reuniões;

c) Assegurar a ligação do conselho da comunidade aos outros órgãos do ACES, especialmente ao director executivo.

Artigo 34.º

Funcionamento

1 — O conselho da comunidade reúne ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de dois terços dos seus membros.

2 — As deliberações são tomadas por maioria simples dos votos.

3 — O conselho da comunidade reúne-se em instalações indicadas pelo director executivo do ACES, que presta o demais apoio logístico.

SECÇÃO II

Serviços de apoio

Artigo 35.º

Serviços

Nos ACES funcionam, na dependência do director executivo, os seguintes serviços de apoio:

a) Unidade de apoio à gestão;

b) Gabinete do cidadão.

Artigo 36.º

Unidade de apoio à gestão

1 — A unidade de apoio à gestão, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao director executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais, cabendo-lhe designadamente:

a) Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES;

b) Acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o conselho directivo da ARS, I. P.;

c) Colaborar na elaboração dos planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução;

d) Analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respectivos relatórios anualmente e quando solicitados pelo director executivo;

e) Monitorizar e disponibilizar informação sobre facturação e prescrição;

f) Assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afectos ao ACES e garantir o controlo de consumos;

g) Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico;

h) Coordenar os serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACES e suas unidades funcionais.

2 — A unidade de apoio à gestão exerce as suas funções em articulação funcional com os serviços de apoio da respectiva ARS, I. P., nomeadamente através da utilização de serviços partilhados.

3 — A unidade de apoio à gestão tem um responsável, designado pelo director executivo do ACES, de entre licenciados com experiência e formação preferencial nas áreas de economia, gestão ou administração e experiência na área da saúde.

4 — Para o exercício das tarefas enunciadas na alínea g) do n.º 1 é designado um técnico superior com formação e experiência adequadas.

Artigo 37.º

Gabinete do cidadão

1 — Compete especialmente ao gabinete do cidadão:

a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;

b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;

c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;

d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

2 — O gabinete do cidadão organiza canais de comunicação com cada centro de saúde do ACES.

CAPÍTULO IV

Instrumentos de gestão

Artigo 38.º

Instrumentos de gestão

São instrumentos de gestão do ACES:

- a) O regulamento interno;
- b) Os planos plurianuais e anuais de actividades e respectivos orçamentos;
- c) Os relatórios de actividades;
- d) O contrato-programa.

Artigo 39.º

Contratos-programa

1 — Para efeitos do presente decreto-lei, contrato-programa é o acordo celebrado entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da ARS, I. P., pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

2 — O contrato-programa é celebrado anualmente, devendo, designadamente:

- a) Delimitar o âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, contemplando os programas nacionais e assegurando a sua harmonização e coerência em todo o Sistema Nacional de Saúde;
- b) Estabelecer objectivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção do ACES;
- c) Prever indicadores de controlo da qualidade das prestações de cuidados de saúde;
- d) Definir instrumentos de acompanhamento e avaliação das actividades assistenciais e económico-financeiras do ACES;
- e) Prever o tempo e o modo da atribuição de recursos, em função do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas;
- f) Estabelecer as regras a que devem obedecer as unidades do ACES a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos;
- g) Estabelecer os mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados, em especial os relativos à articulação funcional com a rede de cuidados diferenciados e a rede de cuidados continuados integrados;
- h) Prever as modalidades de apoio técnico da ARS, I. P., à gestão do ACES.

3 — Os modelos de contrato-programa são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

Cessação de comissões de serviço

As comissões de serviço dos actuais directores de centros de saúde cessam no momento da tomada de posse do director executivo do ACES que integre tais centros.

Artigo 41.º

Extinção de sub-regiões

1 — Com a criação dos ACES são extintas todas as sub-regiões de saúde.

2 — A extinção de cada sub-região de saúde ocorre com a entrada em vigor da portaria que procede à criação do último ACES nessa sub-região.

3 — As ARS, I. P., sucedem nas atribuições das sub-regiões de saúde referidas nos números anteriores, sem prejuízo daquelas que tenham sido atribuídas, pelo presente decreto-lei, aos ACES, ou daquelas que sejam atribuídas a unidades locais de saúde, criadas por diploma próprio.

4 — Para cumprimento do disposto nos números anteriores, é aplicável a legislação em vigor em matéria de reorganização dos serviços públicos e de regime comum de mobilidade dos funcionários e agentes da Administração Pública.

5 — É definido como critério geral e abstracto de selecção de pessoal necessário à prossecução das atribuições constantes do presente diploma e daquelas nas quais sucedem as ARS, I. P., nos termos do número anterior, o exercício de funções nas sub-regiões extintas pelo presente decreto-lei.

Artigo 42.º

Vigência transitória do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio

Os centros de saúde regulados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, e repristinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, deixam de estar sujeitos a esse diploma a partir do momento em que são integrados em ACES.

Artigo 43.º

Regulamentação

A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 20 de Dezembro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — Rui Carlos Pereira — José António Fonseca Vieira da Silva — António Fernando Correia de Campos — Maria de Lurdes Reis Rodrigues.*

Promulgado em 12 de Fevereiro de 2008.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 13 de Fevereiro de 2008.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

ANEXO

Nota curricular

Nome: António Luís Trindade Sousa e Lobo Ferreira
 Data de nascimento: 05 de outubro de 1959
 Naturalidade: Castelões de Cepeda, Paredes
 Profissão: Médico, especialista em Medicina Interna
 Grau académico: Doutoramento em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
 Atividade científica: cerca de 60 *papers* publicados em revistas indexadas internacionais com peritagem, vários capítulos de livros científicos
 Atividade editorial: Publicação do livro “Reforma do Sistema de Saúde, A Minha Visão”, Editora Verso da História
 Prémios e reconhecimento: Comenda da Ordem de Mérito, Medalha de Ouro da Cidade do Porto e *Best leader award* na administração pública.

209231119

Despacho n.º 200/2016

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como uma das medidas prioritárias defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em todas as suas áreas de intervenção. Reconhece-se, nesse âmbito, que urge promover a articulação entre os três níveis de cuidados, bem como o reforço da sua capacidade de intervenção específica, nomeadamente, através do relançamento dos cuidados de saúde primários (CSP) e da criação de mais unidades de saúde familiar (USF), da concretização das mudanças ao nível da rede hospitalar e da execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência.

Neste contexto, considera-se fulcral concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do país, expandindo e melhorando a sua capacidade de resposta qualificada e articulando com os outros níveis de prestação de cuidados. Um sistema que se pretende eficiente, harmonioso e que dê prioridade às pessoas, simplificando e otimizando os procedimentos relativos ao acesso e utilização integrada da rede de serviços do SNS nos seus diversos níveis.

Como tal considera-se fundamental investir na expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, dando início a um novo ciclo que relance um processo que havia sido interrompido, e que se revelou da máxima importância para melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS.

Para esta nova fase de desenvolvimento, importa nomear o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, bem como a sua Equipa de Apoio definindo-se genericamente as suas funções e competências.

Assim, determina-se o seguinte:

1 — O relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários é coordenado pelo licenciado Henrique Manuel da Silva Botelho detentor de experiência, aptidão e competência técnica para o exercício das funções, cuja nota curricular consta do anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante.

2 — Ao Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, nomeado nos termos do número anterior, a seguir designado por Coordenador Nacional, cabe, em especial articulação com a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., as Administrações Regionais de Saúde, I. P., as Unidades Locais de Saúde, E. P. E., e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., promover, implementar, acompanhar e monitorizar:

a) Medidas conducentes à disponibilização, a toda a população residente e no mais curto espaço de tempo, de acesso a cuidados de proximidade através de uma equipa de saúde familiar;

b) A obtenção de mais e melhores cuidados para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços;

c) Novas candidaturas a USF e o desenvolvimento e consolidação das diferentes unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);

d) A orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas unidades funcionais dos ACES;

e) O reconhecimento do enfermeiro de família como especialista em saúde familiar, e a promoção do perfil de secretário clínico;

f) Os termos de referência da contratualização interna e externa, no âmbito dos cuidados de saúde primários;

g) O lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação e referenciação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados continuados integrados;

h) A dotação deste nível de cuidados com um novo tipo de respostas, nomeadamente, meios auxiliares de diagnóstico e de terapêutica numa lógica de custo-benefício;

i) O reforço das capacidades de intervenção dos cuidados de saúde primários, através do aumento de recursos próprios e apoio complementar, seja na prestação direta de cuidados seja em atividades de consultoria, em áreas como a psicologia, nutrição, saúde oral, a oftalmologia, a obstetria, a pediatria, a fisioterapia e a medicina física e de reabilitação;

j) O desenvolvimento de um programa orientado para a Gestão Integrada da Doença Crónica, cobrindo hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, doença mental, doenças respiratórias crónicas e doença oncológica, em articulação com os outros níveis de cuidados;

k) Medidas potenciadoras do desenvolvimento da governação clínica;

l) O desenvolvimento de um programa de comunicação e simplificação de procedimentos disponível para o cidadão, nomeadamente através da internet, em estreita articulação com o programa SIMPLEX nacional, avaliando o progresso das medidas que vierem a ser tomadas no âmbito do reforço dos cuidados de saúde primários;

m) A definição de um plano de desenvolvimento de competências e de formação de natureza organizacional, para os profissionais das distintas unidades funcionais e de apoio dos ACES;

n) A dimensão ponderada das listas de utentes dos profissionais das USF e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) levando em linha de conta a evolução das variáveis de contexto relacionadas com atual estrutura geodemográfica do país, carga de doença e vulnerabilidade das populações;

o) O processo reestruturação dos ACES, conduzindo a sua transformação organizacional numa autonomia responsável, através de Contrato-Programa e definir um quadro de referência para o acompanhamento do exercício dos Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde, contribuindo para a criação de uma cultura ética, de transparência e de prestação de contas;

p) Em estreita relação e complementaridade de funções com os serviços competentes na área dos sistemas de informação, a interoperabilidade e integração de todas as aplicações informáticas já existentes para esta área de cuidados, potenciando sinergias, promovendo simplificação de processos e a garantindo a segurança dos dados pessoais dos utentes.

3 — O Coordenador Nacional será ouvido na nomeação das Equipas Regionais de Apoio (ERA) pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P., assegurando o alinhamento da coordenação estratégica a nível nacional e regional, fator indispensável para a coesão do projeto.

4 — O Coordenador Nacional funciona junto do meu Gabinete.

5 — O Coordenador Nacional possui uma Equipa de Apoio com quem irá trabalhar de forma direta, sendo constituída pelos seguintes profissionais:

a) Dr. Alcindo Salgado Maciel Barbosa, médico consultor em Saúde Pública;

b) Dr. Carlos Alberto de Jesus Nunes, assistente graduado de medicina geral e familiar, USF Fânzeres, Diretor Executivo do ACES Gondomar, ARS Norte, I. P.;

c) Dr. José Luís Sacadura Biscaia Silva Pinto, assistente graduado sénior de medicina geral e familiar, USF S. Julião, ACES Baixo Mondego, ARS Centro, I. P.;

d) Dr. António Manuel Marques Ferreira de Oliveira, enfermeiro chefe, ARS Centro, I. P.;

e) Dr.ª Patrícia Alexandra Antunes Barbosa, licenciada em política social, pelo ISCSP, doutoranda na ENSP, especialização em políticas de saúde.

6 — O Coordenador Nacional pode solicitar a colaboração de peritos, especialistas ou instituições para o desenvolvimento do seu trabalho.

7 — A Secretaria-Geral do Ministério da Saúde assegura o apoio logístico e administrativo necessários ao desenvolvimento das funções do Coordenador Nacional e da Equipa de Apoio.

8 — A indicação do Coordenador Nacional, bem como dos elementos da Equipa de Apoio referidos no n.º 4 não implica o pagamento de quaisquer suplementos remuneratórios, nem a criação de cargos de dirigentes.

9 — Deve ser concedida dispensa dos respetivos locais de trabalho, ao Coordenador Nacional e aos profissionais que integram a Equipa de Apoio, durante os períodos necessários para a prossecução das funções e tarefas descritas neste despacho.

10 — Os encargos relativos ao reembolso das despesas de deslocação e estadia do Coordenador Nacional e dos membros da Equipa de Apoio são suportados pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, salvo nas

situações em que os encargos relativos ao reembolso sejam suportados pelos respetivos serviços de origem, ou seja, caso se trate de organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados.

11 — O Coordenador Nacional informa o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde do progresso dos seus trabalhos e apresenta propostas que considere relevantes para efeitos do disposto no n.º 2.

12 — O mandato do Coordenador Nacional e da sua Equipa de Apoio é de 3 anos.

13 — O presente despacho produz efeitos desde 16 de dezembro de 2015.

28 de dezembro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*.

ANEXO

Nota curricular

Henrique Manuel da Silva Botelho,

Data de Nascimento: 17 de julho de 1956)

Licenciatura em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (1982);

Ingresso na carreira médica de Clínica Geral, Centro de Saúde de Terras de Bouro (1986);

Grau de Consultor da carreira médica de Clínica Geral (1998);

Assistente graduado sénior (2010);

Coordenação do Serviço de Atendimento Permanente (1987-1990);

Responsável pelo Serviço de Planeamento e Controlo do C.S. de Terras de Bouro, (1991 — 1996);

Diretor do Centro de Saúde de Terras de Bouro (1996 — 2009);

Integrou os grupos de trabalho (Unidades Coordenadoras Funcionais) para a interligação de cuidados e reestruturação das Urgências e para a definição de protocolos de articulação com os serviços de Neurologia, Neurocirurgia e Imagiologia do Hospital de S. Marcos de Braga (1996);

Responsável conceção e implementação do projeto Teledermatologia (1998);

Informatização integral do ficheiro de diabetes do CS de Terras de Bouro segundo o modelo DiabCare/DiabData da DGS (1998).

Assessoria do Coordenador da SRS de Braga para a Articulação de Cuidados Primários e Hospitalares (2005);

Coordenador da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (Norte)/ Missão para os Cuidados de Saúde Primários — MCSP (2005-2008);

No âmbito da MCSP integrou múltiplos grupos de trabalho e redatoriais responsáveis pela conceção de vários textos e legislação, entre eles: *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP* — versão 2006; *Metodologia de Avaliação das Candidaturas a USF*; *Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a USF*; *Processo de Autodiagnóstico*; *Consulta Aberta*; *Despachos Normativos 9/2006 e 10/2007*; *Decretos-lei n.º 298/2007 (USF) e n.º 28/2008 (ACES)*; *Despacho n.º 24101/2007*;

Membro do Departamento de Contratualização da ARS do Norte (2008-2009);

Integrou a Equipa de Análise Estratégica do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados Primários (GRCSP) sendo coautor dos Relatórios “Acontecimento Extraordinário” (fev 2009) e “Tempos Decisivos” (fev 2010);

Integra a equipa da USF Manuel Rocha Peixoto (ACeS Cávado I — Braga) constituída em 2009;

Diretor Executivo do ACeS Ave I — Terras de Basto (2009-2012);

Participação em vários programas de intervenção em saúde comunitária e investigação em cuidados de saúde primários;

Múltiplos textos e artigos publicados em Portugal e no Brasil;

Mais de 60 comunicações, conferências, seminários, mesas redondas e debates em Portugal, Cabo Verde, Espanha, Brasil, Uruguai, Canadá (Québec);

Mais de 20 participações na moderação de painéis, colóquios e mesas redondas;

Alvo de mais de 10 reportagens e entrevistas realizadas em Portugal e no Brasil;

12 citações em artigos, livros e reportagens;

Integrou várias comissões organizadoras e científicas de eventos realizados na área dos cuidados de saúde primários;

Atividades docentes realizadas na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Católica Porto Business School;

Assistente convidado para a área da Saúde Comunitária da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (desde 2010);

Frequência curricular do 2.º Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde — 2002/2003 (14 meses),

Instituto Superior da Maia e Master Gestão de Serviços de Saúde 2003/2004 — Universidade Lusitana do Porto;

Frequentou PACES-DIRECT — Programa Avançado de Gestão para Diretores Executivos dos ACES — (400 horas) — INA, I. P., 5 dezembro de 2008 a 18 de dezembro de 2009

EVIPNet (Evidence — Informed Policy Network) — uso de evidências científicas na elaboração de políticas de saúde. V Seminário Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS) — XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Maceió, Alagoas, junho 2012;

GO-M Liderança e Gestão de Equipas — Total de 79 horas. Quadros & Metas (acreditada como Entidade Formadora pela DGERT). Porto. (14 de janeiro a 3 de junho de 2014);

Competência em Gestão de Serviços de Saúde atribuída pela Ordem dos Médicos (2004);

Membro do Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS) entre 2011 e 2012 e colaborador em 2013;

Membro do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS) — desde julho de 2011;

Conferência Luso-Francófona da Saúde (COLUFRAS) — Membro do Conselho Consultivo desde 9 de abril de 2013;

Membro (autossuspenso) da Direção do Sindicato dos Médicos do Norte (1990);

Federação Nacional dos Médicos — Membro do Conselho Nacional desde 2003;

Membro da Comissão de Observação e Acompanhamento da Saúde — SRN da Ordem dos Médicos (2014);

Fundação para a Saúde — SNS — Membro do Conselho de Curadores;

Associação Nacional das USF (USF-AN) — sócio fundador e Presidente da Mesa da Assembleia Geral.

209231127

Despacho n.º 201/2016

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como uma das medidas prioritárias defender o SNS e promover a saúde. Reconhece-se, nesse âmbito, que urge promover a articulação entre os três níveis de cuidados, bem como o reforço da sua capacidade de intervenção específica, nomeadamente, através do relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários e da criação de mais unidades de saúde familiares, da concretização das mudanças ao nível da rede hospitalar e da execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência.

Neste contexto, considera-se fulcral investir na expansão e melhoria da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, e retomar assim o investimento nesta rede que representa uma reforma fundamental do Serviço Nacional de Saúde.

Sublinha-se, assim, a importância de estimular a RNCCI na comunidade e na periferia das grandes cidades para chegar ao domicílio dos idosos e dependentes, integrada com a rede de ação social. Considera-se necessário criar um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável, que deve contar com a participação das autarquias.

Por outro lado, pretende-se dar um enfoque especial na Rede de Cuidados Continuados em Saúde Mental e na Rede de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, áreas que importa desenvolver e dinamizar de forma adequada, para responder a situações de necessidades em cuidados de saúde.

Para o necessário relançamento da RNCCI, importa nomear o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados, bem como a sua Equipa de Apoio, definindo-se genericamente as suas funções.

Assim, determina-se o seguinte:

1 — O relançamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito do Ministério da Saúde, é coordenado pelo doutorador Manuel José Lopes, detentor de aptidão e competência técnica para o exercício destas funções, cuja nota curricular consta do anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante.

2 — Ao Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados, nomeado nos termos do número anterior, a seguir designado por Coordenador Nacional, cabe especialmente, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., as Administrações Regionais de Saúde, I. P., e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., na observância dos princípios da proteção do direito

ANEXO 5

Figura 5 - SNS: consultas, internamentos e urgências por mil habitantes

Anos	Consultas por mil hab.	Internamentos por mil hab.	Urgências por mil hab.
+ 1985	-	69,4	620,2
+ 1990	-	94,2	917,1
2000	3.387,8	94,2	1.164,0
2001	3.468,9	95,4	1.196,9
2002	3.589,0	96,2	1.234,6
2003	3.603,3	96,8	1.263,7
2004	3.652,5	95,5	1.201,3
2005	3.701,1	97,0	1.242,4
2006	3.739,4	95,4	1.200,2
2007	3.857,8	95,0	1.159,3
2008	4.102,6	92,7	975,9
2009	3.758,3	90,5	1.009,5
2010	3.810,6	90,2	885,2
2011	3.822,4	87,8	808,7
2012	3.691,9	88,7	720,1

Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, INE, PORDATA
Última actualização: 2016-06-16

Fonte: INE/Pordata (Pordata, 2016)

Nota Explicativa:

De acordo com os dados da Direção-Geral da Saúde (2013, p.35) “Os gastos com medicamentos em Portugal constituem 21,8% dos custos totais com a saúde, correspondendo a 2,1% do PIB (dados de 2006). No entanto, o financiamento público desta despesa é apenas de 55,9%, uma das percentagens mais baixas no contexto europeu”.

QUESTIONÁRIO

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino **Idade:** ____ (Anos)

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado / União de facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não **Em caso afirmativo, quantos filhos tem?** _____

Identifique por favor a idade das pessoas que vivem em casa (anos): ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Habilitações: ☐ Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐ Mestrado/Doutoramento

Ocupação: ☐ Estudante ☐ Estudante-trabalhador ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐ Trabalhador conta-própria
☐ Trabalho tempo parcial ☐ Reformado ☐ Desempregado ☐ À procura 1º emprego ☐ Outra, qual? _____

Profissão: _____ **Há quantos anos trabalha?** _____

Sector de actividade da empresa ou da organização: ☐ Público ☐ Privado ☐ 3º sector (IPSS, ONG, Cooperativa, etc)

Rendimentos mensais: ☐ até 500€ ☐ entre 501€ e 1.000€ ☐ entre 1.000€ e 1.500€ ☐ entre 1.500€ e 2.000€ ☐ mais de 2.000€

Iª PARTE: As afirmações que se seguem referem-se às opiniões gerais das pessoas sobre as outras pessoas, pelo que não há respostas correctas ou incorrectas. Assinale com um círculo o número que melhor representa a sua opinião. Use para o efeito a seguinte chave:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Nem discordo, nem concordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

1	Espero que as outras pessoas sejam honestas e francas.	1	2	3	4	5	6	7
2	Confio menos nas pessoas que o cidadão comum.	1	2	3	4	5	6	7
3	Sou uma pessoa que confia mais por comparação com a média das outras pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5	6	7
4	Tenho suspeitas sérias sobre as verdadeiras intenções que motivam as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
5	Confio menos que a maioria das pessoas que conheço.	1	2	3	4	5	6	7
6	Tenho fé na natureza humana.	1	2	3	4	5	6	7
7	Sinto que se pode contar que as outras pessoas vão fazer aquilo que dizem.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho a sensação que as outras pessoas apenas querem ganhar para si o máximo que puderem.	1	2	3	4	5	6	7
9	Sou uma pessoa que acredita nas promessas ou nas afirmações que as outras pessoas fazem.	1	2	3	4	5	6	7
10	Sou uma pessoa cínica (pessimista).	1	2	3	4	5	6	7

IIª PARTE: As afirmações que se seguem referem-se às opiniões das pessoas em relação ao seu médico de família, pelo que não há respostas correctas ou incorrectas. Assinale com um círculo o número que melhor representa a sua opinião, usando a seguinte chave:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Nem discordo, nem concordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

11	Duvido que o meu médico de família se preocupe comigo enquanto pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
12	O meu médico de família tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro lugar.	1	2	3	4	5	6	7
13	Confio de tal modo no meu médico de família que sigo sempre os seus conselhos.	1	2	3	4	5	6	7
14	Quando o meu médico de família me diz alguma coisa, então é porque é mesmo assim como ele diz.	1	2	3	4	5	6	7
15	Às vezes desconfio da opinião do meu médico de família e fico a desejar obter uma segunda opinião.	1	2	3	4	5	6	7
16	Quando me presta assistência médica, confio na avaliação do meu médico de família sobre do meu estado de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
17	Sinto que o meu médico de família não faz tudo o que devia para me dar assistência médica.	1	2	3	4	5	6	7
18	Acredito que o meu médico de família é capaz de colocar as minhas necessidades médicas acima de todas as outras questões que se possam levantar quando me trata de um problema de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
19	O meu médico de família é um autêntico perito quando me presta cuidados médicos para os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
20	Eu confio no meu médico de família se vier a ser necessário dizer-me que foi cometido um erro num tratamento que me tenha sido prestado.	1	2	3	4	5	6	7
21	Às vezes fico preocupado quando me ponho a pensar que o meu médico de família pode não respeitar o sigilo das informações que lhe dou em privado.	1	2	3	4	5	6	7

IIIª PARTE: As questões que se seguem procuram caracterizar a forma como se relaciona com o seu médico de família. Em relação a cada uma das perguntas, assinale com uma cruz (X) a resposta mais adequada ao seu caso, sendo que não há respostas certas ou erradas. Todas as informações são confidenciais e anónimas destinando-se apenas à realização de um estudo académico.

22	Tem um médico de família?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se respondeu Não a esta questão, passe à questão nº 40.
Em caso afirmativo, há quantos anos é acompanhado pelo seu actual médico de família? _____ (Nº de anos)			
23	Já mudou de médico de família?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Em caso afirmativo, quantos médicos de família já teve? _____ (Nº de médicos)
24	Nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou o seu médico de família? _____ (Nº de vezes)		
25	Nos últimos 12 meses, consultou outros serviços de saúde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Em caso afirmativo, quantas vezes? _____ (Nº de vezes)

	Completamente insatisfeito						Completamente satisfeito	
26	De um modo geral, até que ponto está satisfeito com os serviços prestados pelo seu médico de família?	1	2	3	4	5	6	7

Em relação às idas que habitualmente faz ao seu médico de família, assinale até que ponto está satisfeito com...	Completamente insatisfeito						Completamente satisfeito	
27	O tempo gasto com a consulta...	1	2	3	4	5	6	7
28	As explicações dadas pelo seu médico de família sobre o seu estado de saúde...	1	2	3	4	5	6	7
29	As competências técnicas do seu médico de família	1	2	3	4	5	6	7
30	As competências relacionais do seu médico de família	1	2	3	4	5	6	7
31	Os serviços de saúde complementares aos prestados pelo médico de família (por exemplo, serviços de enfermagem....)	1	2	3	4	5	6	7
32	Os serviços de recepção e de acompanhamento do Centro de Saúde	1	2	3	4	5	6	7

Depois de cada consulta...	Discordo fortemente						Concordo fortemente	
33	...sigo as indicações dadas pelo meu médico de família.	1	2	3	4	5	6	7
34	...passo por uma farmácia para adquirir todos os medicamentos prescritos pelo meu médico de família.	1	2	3	4	5	6	7
35	...fico a perceber muito melhor os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
36	...procuro uma segunda opinião, para confirmar o que o meu médico de família me disse.	1	2	3	4	5	6	7
37	...fico confuso sobre o que é que o meu médico de família me disse.	1	2	3	4	5	6	7
38	...vou à internet confirmar o que o meu médico de família disse.	1	2	3	4	5	6	7
39	...fico com dúvidas sobre se o meu médico de família percebeu ou não os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7

De um modo, qual é a sua opinião sobre os serviços de saúde prestados pelo estado? (Assinale como uma cruz o número que melhor corresponde à sua opinião).

	Discordo fortemente						Concordo fortemente	
40	O Serviço Nacional de Saúde só está preocupado em reduzir os custos com a prestação de cuidados de saúde dos cidadãos.	1	2	3	4	5	6	7
41	O Serviço Nacional de Saúde não se preocupa com o estado de saúde dos cidadãos.	1	2	3	4	5	6	7
42	O Serviço Nacional de Saúde presta cuidados de saúde de elevada qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
43	Em relação ao tratamento dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde coloca as necessidades médicas dos utentes acima de todos os outros interesses, incluindo os financeiros.	1	2	3	4	5	6	7
44	Confio no Serviço Nacional de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7

Terminou o questionário. Grata pela sua colaboração.

ANEXO 7

“Este questionário visa obter dados para a realização de um estudo académico para obtenção do grau de mestre em Comunicação Organizacional: Cidadania, Confiança e Responsabilidade Social, ministrado na Escola Superior de Educação de Coimbra.

As questões apresentadas procuram obter a sua opinião sobre a sua relação de confiança com o seu Médico de Família e com o Sistema Nacional de Saúde português.

Em relação a cada uma das afirmações que se apresentam de seguida, assinale a resposta que melhor se ajusta à opinião

A participação neste estudo é voluntária. As respostas são anónimas e não há respostas certas ou erradas. Os dados são confidenciais e as informações obtidas não servirão para outro fim que não apenas o de investigação.

Obrigada pela sua colaboração!”

ANEXO 8

Tabela 1- Escala adaptada para questionário - Confiança Disposicional

Variável em estudo	Itens	Fonte
Confiança Disposicional	<p>ConfDisp03_Sou uma pessoa que confia mais por comparação com a média das outras pessoas à minha volta.</p> <p>ConfDisp06_Tenho fé na natureza humana.</p> <p>ConfDisp07_Sinto que se pode contar que as outras pessoas vão fazer aquilo que dizem.</p> <p>ConfDisp09_Sou uma pessoa que acredita nas promessas ou nas afirmações que as outras pessoas fazem.</p> <p>DescDisp02_Confio menos nas pessoas que o cidadão comum.</p> <p>DescDisp04_Tenho suspeitas sérias sobre as verdadeiras intenções que motivam as pessoas.</p> <p>DescDisp05_Confio menos que a maioria das pessoas que conheço.</p> <p>DescDisp08_Tenho a sensação que as outras pessoas apenas querem ganhar para si o máximo que puderem.</p> <p>ConfDr09_O meu médico de família é um autêntico perito quando me presta cuidados médicos para os meus problemas de saúde.</p> <p>ConfDr10_Eu confio no meu médico de família se vier a ser necessário dizer-me que foi cometido um erro num tratamento que me tenha sido prestado.</p>	MacDonald, Kessel, e Fuller (1972)

Tabela 2 - Escala adaptada para questionário – Confiança no Médico de Família

Variável em estudo	Itens	Fonte
Confiança no Médico de Família	<p>ConfDr02_O meu médico de família tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro lugar.</p> <p>ConfDr03_Confio de tal modo no meu médico de família que sigo sempre os seus conselhos.</p> <p>ConfDr04_Quando o meu médico de família me diz alguma coisa, então é porque é mesmo assim como ele diz.</p> <p>ConfDr06_Quando me presta assistência médica, confio na avaliação do meu médico de família sobre do meu estado de saúde.</p> <p>DesconfDr01_Duvido que o meu médico de família se preocupe comigo enquanto pessoa (R).</p> <p>DesconfDr05_Às vezes desconfio da opinião do meu médico de família e fico a desejar obter uma segunda opinião (R).</p> <p>DesconfDr07_Sinto que o meu médico de família não faz tudo o que devia para me dar assistência médica (R).</p> <p>DesconfDr11_Às vezes fico preocupado quando me ponho a pensar que o meu médico de família pode não respeitar o sigilo das informações que lhe dou em privado (R).</p>	Dinç, Korkmaz, e Karabulut (2013)

Tabela 3 - Escala adaptada para questionário: Satisfação Médico Família

Variável em estudo	Itens	Fonte
Satisfação Médico de Família	<p>SatsMedFam01_O tempo gasto com a consulta...</p> <p>SatsMedFam02_As explicações dadas pelo seu médico de família sobre o seu estado de saúde...</p> <p>SatsMedFam03_As competências técnicas do seu médico de família</p> <p>SatsMedFam04_As competências relacionais do seu médico de família</p> <p>SatsMedFam05_Os serviços de saúde complementares aos prestados pelo médico de família (por exemplo, serviços de enfermagem....)</p> <p>SatsMedFam06_Os serviços de recepção e de acompanhamento do Centro de Saúde</p>	Lee e Lin (2011)

Tabela 4 - Escala adaptada para questionário: Confiança no Serviço Nacional de Saúde

Variável em estudo	Itens	Fonte
Confiança no Serviço Nacional de Saúde	<p>ConfSNS01_O Serviço Nacional de Saúde só está preocupado em reduzir os custos com a prestação de cuidados de saúde dos cidadãos.</p> <p>ConfSNS02_O Serviço Nacional de Saúde não se preocupa com o estado de saúde dos cidadãos.</p> <p>ConfSNS03_O Serviço Nacional de Saúde presta cuidados de saúde de elevada qualidade.</p> <p>ConfSNS04_Em relação ao tratamento dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde coloca as necessidades médicas dos utentes acima de todos os outros interesses, incluindo os financeiros.</p> <p>ConfSNS05_Confio no Serviço Nacional de Saúde.</p>	Lee e Lin (2011)